

Le Travail de Proximité auprès des Usagers de Drogues en Europe :

Concepts, pratiques et terminologie

Dirk J. Korf, Heleen Riper et Marielle Freeman (Pays-Bas)

Roger Lewis et Ian Grant (Écosse, Grande-Bretagne)

Elisabeth Jacob et Chantal Mougin (France)

Margareta Nilson (EMCDDA, Portugal)

Traduit de l'anglais par Chantal Mougin

EMCDDA, mai 2000

Sommaire

Avant-Propos	3
Préface	4
Introduction	5
1 Qu'est-ce que le travail de proximité ?	7
2 Groupes cibles, objectifs et méthodes de travail	16
3 Le contexte organisationnel du travail de proximité	30
4 Quatre modèles de travail de proximité	39
5 La terminologie du travail de proximité	46
6 Documentation, collecte des données et évaluation	50
7 Présentation des pays et exemples d'interventions	61
8 Synthèse et conclusions	85
Glossaire	94
Bibliographie	99
Participants	104

Avant-Propos

À travers l'Europe, des variations significatives apparaissent dans l'histoire théorique, politique ou sociale du travail de proximité¹ auprès des usagers de drogues, ainsi que dans la façon dont ce travail a été ou est mis en œuvre. Et l'une des difficultés rencontrées est de pouvoir comparer les termes utilisés.

J'ai le plaisir de présenter le second volume des *Insights series* de l'EMCDDA, parce qu'il représente un pas vers la possibilité d'inclure le travail de proximité auprès des usagers de drogues dans un large réseau européen d'information.

Le travail de proximité auprès des usagers de drogues en Europe est l'aboutissement d'un vaste projet européen sur les concepts, les pratiques et la terminologie du travail de proximité auprès des usagers de drogues, financé par l'EMCDDA et coordonné par le Bureau voor Onderzoek en Statistiek (O+S) d'Amsterdam. Les principaux objectifs de cette étude étaient les suivants :

- présenter les concepts, les pratiques et la terminologie du travail de proximité en Europe ;
- construire une base pour des recherches futures dans ce domaine, comprenant des études sur l'évaluation systématique du travail de proximité ;
- faire connaître ce type de travail dans les réseaux européens d'information ;
- faciliter la diffusion de l'information et de la communication parmi les professionnels en Europe, en proposant des équivalents linguistiques.

Les recherches sur les aspects théoriques et pratiques du travail de proximité ne présentent pas seulement un intérêt scientifique ou linguistique mais sont plutôt motivées par des considérations pragmatiques. Les efforts continus pour observer les politiques de drogue en Europe demandent tout d'abord une définition commune du concept de travail de proximité ainsi qu'une reconnaissance des similitudes et des différences dans la pratique et la théorie des Etats membres et entre eux. Le travail de proximité est une pratique dynamique qui évolue dans le temps, dans la perception des problèmes, dans les contextes sociaux et dans les moyens professionnels, politiques et publics de les traiter.

En éclairant une partie des difficultés qui entourent le concept de travail de proximité, en identifiant ses aspects positifs et en soulignant ses caractéristiques principales, ce volume apporte une contribution majeure à l'étude de ce travail, tel qu'il est pratiqué aujourd'hui en Europe.

Georges Estievenart

Directeur de l'EMCDDA

¹ *outreach work*, en anglais. NDT

Préface

Le projet de recherche qui est à l'origine de cet ouvrage a été financé par l'Observatoire Européen des Drogues et de la Toxicomanie (OEDT – EMCDDA²) de Lisbonne, et coordonné par le Bureau voor Onderzoek en Statistiek (O+S) d'Amsterdam.

Margareta Nilson, qui dirige le Département de Réduction de la Demande, a apporté aux membres de ce projet son soutien et son intérêt tout au long de son déroulement, ainsi que sa connaissance approfondie du sujet. Roger Lewis et Ian Grant, d'Ecosse, et Elisabeth Jacob et Chantal Mougin, de France, ont été indispensables, pas seulement dans les discussions théoriques sur ce projet mais aussi pratiquement, pour sa mise en œuvre.

Le côté international de cette équipe souligne les contextes sociaux largement divergents dans lesquels le travail de proximité se situe en Europe. Cela a renforcé notre motivation à continuer cette étude et à témoigner à la fois de l'unité et de la diversité rencontrées en Europe. Les contacts avec des informateurs-clés des Etats membres de l'Union Européenne ont été la principale source des données de cette étude, ainsi que la littérature sur la toxicomanie. Nous avons tenté de réunir au moins deux informateurs-clés par pays-membre, comprenant un expert national et un expert au niveau local. Les Points Focaux Nationaux du réseau REITOX ont aussi apporté une contribution essentielle. Les participants à cette étude sont trop nombreux pour être ici mentionnés individuellement, mais leurs noms et adresses sont présentés à la fin de cet ouvrage.

Grâce à leurs efforts, nous avons pu rassembler une information sur le travail de proximité dans presque tous les Etats membres de l'Union Européenne, plus la Norvège. Malgré diverses tentatives, il a été impossible d'obtenir une vue d'ensemble du travail de proximité en Suède, où le concept est encore pratiquement inexistant. Etant donné les nombreuses différences observées entre les pays, concernant à la fois l'histoire et la mise en œuvre du travail de proximité, les informations reçues sont variables dans leur nature et leur portée. Ces différences interculturelles apparaissent dans toute étude de ce genre et posent la question de la comparabilité – conceptuelle, pratique ou linguistique - de ces données.

L'équipe chargée de ce projet aimerait également exprimer sa reconnaissance aux participants de la rencontre des experts qui s'est tenue à Amsterdam les 29-31 mars 1998. Eux aussi sont trop nombreux pour être cités ici, mais leurs noms et adresses se trouvent également à la fin de ce livre. Ces participants ont présenté leur rapport sur le travail de proximité avec beaucoup d'enthousiasme, montrant ainsi dans quel état d'esprit ce type de travail se fait à travers toute l'Europe. Plusieurs chercheurs européens ont également assisté à cette rencontre pour apporter d'excellentes contributions aux discussions plus théoriques, appuyées sur leurs propres données de recherche et sur leur connaissance du travail de proximité dans une perspective internationale. Là aussi s'est révélé leur réel investissement dans la pratique du travail de proximité. Et il est particulièrement gratifiant de voir que les contacts qui ont eu lieu entre les intervenants du travail de proximité lors de cette rencontre ont déjà amené des échanges d'expériences et d'initiatives qui se poursuivent et s'étendent au-delà des frontières nationales. Enfin, mais non des moindres, nous voudrions remercier tous ceux qui ont participé à la rédaction du rapport final et de la présente publication, et en particulier Claude Faugeron et Jane Fountain pour leur aide dans la traduction de l'ouvrage en français.

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Introduction

L'histoire et la pratique du travail de proximité dans le domaine des drogues en Europe a subi des changements substantiels lors des dernières décennies. Globalement, on pourrait dire qu'un glissement progressif s'est opéré, de l'intérêt porté aux pauvres en général, puis aux jeunes des cités, aux hippies et enfin aux usagers de drogues. Dans les années 80, à la suite de l'épidémie du sida, l'accent s'est porté plus particulièrement sur les usagers 'cachés', puis dans les années 90 sur les consommateurs de ce qu'on appelle les 'nouvelles' drogues ou drogues de synthèse, comme l'ecstasy. Ces dernières sont cependant encore peu explorées et les activités de proximité en Europe sont surtout tournées vers les usagers des drogues 'classiques', que sont principalement l'héroïne et la cocaïne.

Dans l'ensemble, le travail de proximité auprès des usagers de drogues au niveau national en Europe poursuit quatre objectifs généraux :

- identifier les populations cachées et prendre contact avec elles ;
- diriger ces personnes vers les services de soins existants ;
- mettre en place des services de prévention et de réduction de la demande ;
- développer la réduction des risques dus aux relations sexuelles et à l'usage de drogues.

Un autre objectif, rencontré dans la politique nationale de seulement quelques uns des 15 Etats membres, consiste à identifier les besoins et les perceptions des usagers de drogues à l'égard des services de soins existants, et de retransmettre cette information à ces services. Ce nouvel aspect du travail de proximité peut renforcer considérablement l'efficacité et la cohérence de ces services.

Dans cette étude, nous avons distingué trois méthodes de travail de proximité :

- le travail de rue, de loin le plus pratiqué ;
- le travail au domicile des usagers ;
- le travail en institutions.

Dans leur travail, les services de proximité entrent en relations avec d'autres services destinés aux usagers de drogues, ainsi qu'avec des organismes dont la mission est plus large. Même si ce travail en réseau et en coopération entre différents services est important, il pose de nombreux problèmes pratiques. Dans l'Union Européenne, la plupart des services de proximité sont issus de services classiques de soins aux usagers de drogues ou d'associations travaillant auprès des jeunes. Dans l'Europe du nord-ouest, les services de proximité proviennent souvent de services de soins, alors que dans les pays du sud ils font en général partie des services sociaux locaux. Partout la plupart des activités de proximité manquent encore des ressources financières, juridiques et humaines nécessaires pour mener à bien leur tâche. De plus, les possibilités de formation appropriées, centrées spécifiquement sur le travail de proximité, sont pratiquement inexistantes en Europe.

Trois catégories principales d'intervenants font du travail de proximité :

- des professionnels ;
- des 'pairs' (anciens ou actuels usagers de drogues) ou des intervenants issus des milieux de la drogue ;
- des bénévoles.

Etant donné la professionnalisation croissante du travail de proximité, l'engagement de pairs et de bénévoles est essentiel pour garder le contact avec les groupes ciblés. Le travail avec des pairs est cependant souvent controversé, pas tant en théorie qu'en pratique, et plus particulièrement pour les drogues 'classiques' que pour les 'nouvelles' drogues.

Nous avons distingué quatre modèles principaux dans le travail de proximité, qui sont :

- le modèle du travail auprès des jeunes ;
- le modèle de la recherche de clients ;
- le modèle de l'autosupport ;
- le modèle de santé publique.

Le travail auprès des jeunes est le modèle le plus ancien en Europe ; dès les années 60, des intervenants se sont activement attaqués au 'problème de la jeunesse'. Leur objectif a particulièrement été de trouver des solutions aux problèmes que les jeunes rencontrent dans leur environnement propre, plutôt que de décider derrière un bureau ce qu'ils

considéraient être le mieux pour les personnes concernées. Leur but est d'empêcher une plus grande marginalisation et de favoriser l'intégration sociale.

La recherche de clients est un modèle qui prend ses racines dans les communautés thérapeutiques du début des années 70. L'objectif premier est d'attirer les usagers de drogues vers des programmes de soin qui pratiquent le sevrage et se font en milieu interne. Le but recherché est l'abstinence, suivie d'une réintégration sociale.

Tout comme le travail auprès des jeunes, l'autosupport est un modèle qui répond aux souhaits et à la motivation des usagers de drogues eux-mêmes. Il s'attaque au problème des drogues plus explicitement que le travail auprès des jeunes et son action s'appuie davantage sur la perception des intérêts du groupe que de ceux des personnes. Il a démarré à la fin des années 70 dans le cadre d'associations d'autosupport, avec l'idée d'accepter la prise de drogue comme une réalité sociale.

Le modèle de santé publique s'est construit à partir du modèle de l'autosupport, mais il accorde un rôle plus important aux interventions des professionnels. Ce modèle apparaît dans la seconde moitié des années 80, notamment sous l'influence du sida. Son but premier est la réduction des dommages par la prévention des risques dus aux relations sexuelles et à l'usage de drogues. Plus récemment, le travail de proximité selon le modèle de santé publique s'est aussi pratiqué auprès des usagers des 'nouvelles' drogues, avec davantage de pairs que dans le cas des drogues 'classiques'.

Dans la plupart des pays de l'Union Européenne, le travail de proximité occupe une place significative dans les politiques nationales contre les drogues, bien que les pays du sud-ouest en soient à une étape plus développée. La plupart des Etats membres ont défini des objectifs nationaux pour une forme ou une autre de travail de proximité, même si les documents de la politique nationale contre les drogues n'y font pas toujours référence. La diffusion du travail de proximité parmi les usagers de drogues est plus importante dans la partie nord-ouest de l'Europe, et plus faible dans les pays du sud. Selon les pays, les modes de financement du travail de proximité sont très variés et peuvent fonctionner en concurrence. Les deux approches les plus courantes sont le financement direct de l'État ou de la ville.

Un regard sur l'ensemble des pays fait ressortir à la fois les similitudes et les différences dans les politiques et les pratiques nationales et dans la terminologie. Actuellement une difficulté majeure est que, dans la plupart des pays, le terme de 'travail de proximité' lui-même est rarement connu – et encore moins utilisé – dans le milieu qui le pratique. En dehors de la Grande-Bretagne, on utilise en général des expressions telles que 'travail de rue' (voir Glossaire).

Les projets de travail de proximité présentent leurs objectifs et leurs activités différemment, selon le public auquel ils s'adressent. Les rapports officiels sont généralement destinés à des organismes qui pourraient les subventionner, des décideurs politiques ou bien l'organisme dont le projet fait partie. C'est une pratique courante, pour la plupart des projets de proximité, de rassembler au moins quelques données de base sur leurs activités propres et sur leurs groupes cibles, bien qu'il n'existe que très peu de directives normalisées dans ce domaine, même au niveau local ou régional, et encore moins au niveau national ou européen. De plus, aux yeux de bien des intervenants, ce genre de collecte de données quantitatives est loin d'être perçu positivement.

Le besoin d'évaluation est largement reconnu, à la fois dans les projets locaux de proximité et au niveau régional, national et européen. Trois types d'évaluation seront présentés dans cet ouvrage :

- l'évaluation de la structure ;
- l'évaluation du travail ;
- l'évaluation des résultats.

L'évaluation du travail semble être la plus pratiquée, mais l'évaluation des projets de proximité est encore rare dans beaucoup de pays. Les moyens de collecte de données et d'évaluation sont souvent inventés ad hoc et destinés à des projets spécifiques, rendant la comparaison de différents projets très difficile à l'échelon national ou européen. Le questionnaire qui a servi à la collecte des données du réseau d'information de l'EDDRA³, programme d'échange de l'EMCDDA sur la réduction de la demande de drogues, pourrait servir de modèle pour l'évaluation des activités de proximité, bien qu'il ait besoin d'être remanié et adapté à l'évaluation du travail de proximité.

Cela pourrait se réaliser en proposant des critères de travail et de méthodes, en créant des formations adaptées, en renforçant les relations de travail entre associations et en développant des méthodes de recrutement des pairs et des bénévoles.

³ Exchange on Drug Demand Reduction Action

1 Qu'est-ce que

le travail

de proximité ?

DEFINIR LE TRAVAIL DE PROXIMITE

LA DIMENSION EUROPEENNE

LE CONTEXTE HISTORIQUE

**L'INTERET SCIENTIFIQUE
DU TRAVAIL DE PROXIMITE**

CONCLUSION

DEFINIR LE TRAVAIL DE PROXIMITE

Définir le travail de proximité est une tâche plus complexe qu'il ne semble au premier abord. Les activités de proximité dans le domaine des drogues ayant souvent été dirigées vers les populations d'usagers de drogues 'difficiles à atteindre' ou 'cachées', qui ne sont pas touchées par les services de soins existants pour toxicomanes, on peut en déduire :

- qu'il existe des populations cachées d'usagers de drogues qui n'ont pas accès aux services pour toxicomanes ;
- que contacter ces populations difficiles à atteindre pourrait résoudre certains problèmes.

Ces populations ne demandent pas directement le contact, bien que l'expérience montre que les usagers de drogues souhaitent le contact s'il est fait de manière compatible avec leurs modes de vie (Rhodes *et al.*, 1991a). Ce qui caractérise de façon spécifique le travail de proximité est que les professionnels, les pairs ou les bénévoles prennent contact avec les usagers de drogues principalement dans leur milieu naturel – dans la rue, chez eux ou dans tout autre endroit où ils se trouvent.

Ce point est également au centre de la définition du travail de proximité, proposée par Hartnoll *et al.* (1990) :

Une activité dirigée vers les communautés locales, qui vise à entrer en contact avec des personnes ou des groupes issus de populations particulièrement ciblées qui ne sont pas efficacement contactés ou atteints par les services existants ou par les circuits traditionnels d'éducation pour la santé.

Cette définition révèle les origines du travail de proximité. Contacter activement les usagers 'là-bas' a été l'une des réponses qui a permis de prendre conscience des limites et des contraintes des services existants, plus conventionnels, destinés aux usagers de drogues. Ce n'est cependant pas toujours une tâche facile. En plus de beaucoup d'autres critiques, les activités de proximité ont été ressenties comme une menace à l'égard des services de soins existants pour les usagers de drogues. (Jacob, 1997).

La définition de Hartnoll *et al.* montre aussi clairement, par omission, que le travail de proximité ne se réfère à aucune méthode de travail spécifique, ni à aucun type spécifique d'organisme ou d'intervenant. Il peut répondre à des objectifs variés, et des formes d'activités très différentes se reconnaissent sous cette appellation. Cette diversité est aussi la caractéristique du travail de proximité et cela explique pourquoi il est si difficile de l'identifier ou de le définir.

Le travail de proximité prend des formes diverses (Stimson *et al.*, 1994 ; Rhodes, 1994b), dont le travail de rue et le travail en institutions, souvent cités car ils sont les plus pratiqués, bien que la répartition de ces différentes formes de travail varie d'un projet à l'autre. Le travail de rue, souvent dirigé vers des personnes ou des groupes, se fait en dehors du cadre d'un local, avec une équipe qui travaille là où sont les usagers, par exemple dans les rues, les cafés, les gares et les squats. On peut également identifier des formes de travail de proximité proposant des services au domicile des usagers, lorsque les intervenants travaillent directement chez les personnes, tout comme on peut en trouver des formes dans le développement local, lorsque le travail des intervenants s'effectue directement à ce niveau.

Le travail en institutions est dirigé davantage vers des organismes que vers des personnes, les équipes de proximité travaillant dans des associations et des institutions locales comme les prisons, les lieux d'hébergement, les clubs de jeunes et les écoles. En plus du contact avec les usagers individuels de ces lieux, leur objectif est de diffuser une information sur les problèmes de drogues et sur les services mis à leur disposition et auxquels ils peuvent s'adresser.

Le travail de rue semble être la forme la plus courante en Europe, même s'il est encore peu pratiqué dans certains pays. Dans la plupart des pays, le travail en institutions et au domicile des usagers est rare (voir Tableau 1, ci-dessous).

On peut cependant se demander si la définition de Hartnoll *et al.*, qui donne une explication générale du travail de proximité, est adaptée aux formes plus récentes de ce travail dirigées vers les drogues de synthèse et dans les 'raves'. Mais en ce qui concerne les drogues 'classiques', cette définition recouvre largement le travail de proximité.

Tableau 1 : LES METHODES DU TRAVAIL DE PROXIMITE EN EUROPE

PAYS	MÉTHODES PRATIQUÉES PAR LE TRAVAIL DE PROXIMITÉ		
	TRAVAIL DE RUE	A DOMICILE	EN INSTITUTIONS
Allemagne	parfois	rarement	régulièrement
Autriche	fréquemment		parfois
Belgique <i>Flamande</i>	régulièrement	non pratiqué	rarement
<i>Francophone</i>	parfois	rarement	rarement
Danemark	fréquemment	fréquemment	rarement
Espagne	régulièrement	non pratiqué	rarement
Finlande		non pratiqué	rarement
France	fréquemment/parfois	non pratiqué	fréquemment/rarement
Grande-Bretagne	fréquemment	fréquemment	fréquemment
Grèce	rarement	non pratiqué	rarement
Irlande	fréquemment	rarement	parfois
Italie	régulièrement		
Luxembourg	pas d'information disponible		
Norvège	fréquemment	rarement	régulièrement
Pays-Bas	fréquemment	parfois	régulièrement
Portugal	rarement	non pratiqué	parfois
Suède	pas d'information disponible		

LA DIMENSION EUROPEENNE

Trouver des équivalences linguistiques - après avoir obtenu un consensus sur un certain nombre de mots-clés – est actuellement l'une des questions centrales qui se pose aux chercheurs sur les drogues, dans toute l'Europe (ISDD, 1997). Les différences linguistiques ne sont pas simplement une façon d'utiliser des mots différents pour le même concept, mais elles sont également le reflet de variations sociales et culturelles au niveau régional, national et international. Dans le glossaire qui se trouve à la fin de cet ouvrage sont présentés quelques équivalents linguistiques de la terminologie professionnelle et technique appartenant au travail de proximité, ainsi que les concepts clés du langage habituel des usagers de drogues.

Les définitions du travail de proximité proviennent principalement de sources anglaises ou nord-américaines, et par conséquent anglophones, alors que des termes différents sont utilisés dans les autres langues. C'est le cas non seulement pour le terme d'«outreach work»⁴, mais aussi plus largement pour son contexte conceptuel qui va du vocabulaire théorique au langage commun. Même ce qu'on veut dire par le mot «drogue» peut varier d'un pays à l'autre. Le terme français de *boutique*, par exemple, pour décrire un service de proximité qui offre un accueil à bas-seuil, a une résonance très différente dans une oreille anglo-saxonne. Il est intéressant de noter que le mot *Fixer*, largement employé en Allemagne pour désigner les usagers injecteurs, n'est pas du tout utilisé en Grande-Bretagne, sauf pour parler de la personne qui arrange les deals.

⁴ Traduit dans cet ouvrage par «travail de proximité»

Ni le terme anglais d'‘outreach’, ni les équivalents des autres langues ne sont couramment utilisés en Europe (voir Glossaire), bien qu'ils figurent souvent dans la littérature savante internationale. Et les mentions sporadiques de l'expression ‘outreach work’, qu'on peut trouver dans des documents politiques en dehors de la Grande-Bretagne et des Etats-Unis, ne sont pas toujours conformes à la lettre de ce concept⁵.

Le ‘bas-seuil’ est un concept fortement lié au travail de proximité et qui se réfère aux services qui ont tenté d'enlever les ‘seuils’ traditionnels – comme les procédures d'admission, les interviews de diagnostic ou les listes d'attente – pour permettre un accès plus facile à leur public. Dans ce contexte, on n'appelle plus les ‘clients’ des ‘patients’, et parfois même pas des ‘clients’, mais des ‘usagers’ ou des ‘visiteurs’. Beaucoup d'intervenants travaillent à partir d'une institution à bas-seuil, un centre d'accueil par exemple, qui est leur base. Pourtant, malgré ce lien fort, le travail de proximité et le travail à bas-seuil restent des concepts différents : les usagers de drogues devant *venir jusqu'*aux services à bas seuil, alors que les intervenants de proximité *vont vers* les usagers de drogues.

LE CONTEXTE HISTORIQUE

Bien qu'on trouve quelques expériences de travail de proximité dans beaucoup de pays d'Europe (Grund *et al.*, 1992), on en est encore, dans le domaine des drogues, aux premières étapes d'un vrai travail de proximité, organisé comme stratégie de travail systématique. Ce type de travail a pourtant débuté longtemps avant qu'on l'applique aux usagers de drogues.

C'est aux Etats-Unis que des organisations comme l'Armée du Salut ou des services sociaux de la fin du 19^{ème} siècle ont commencé un travail de proximité auprès de certains groupes (Hazekamp, 1976). Ces organismes veulent soulager les épreuves des pauvres qui sont souvent des populations immigrées.

Après la seconde guerre mondiale, le travail de proximité se développe en direction des jeunes. Aux Etats-Unis, on a commencé à s'intéresser aux jeunes avec la montée d'une inquiétude à propos des jeunes ‘déviant’, en particulier les bandes dont les modes de vie sont considérés comme un problème social majeur. Le travail social et les sciences sociales appliquées se sont vus alors assigner le rôle central de corriger ces modes de vie ‘déviant’. Bien que le contexte socio-économique des bandes de jeunes était connu, on ne pensait pas alors à s'attaquer à changer ces facteurs, mais l'objectif des interventions consistait à corriger le comportement individuel (Hazekamp, 1976). Ainsi aux Etats-Unis, ce genre de travail de proximité s'est développé dans le cadre d'une forte tradition de travail social et de sciences sociales appliquées – déjà bien développée là-bas avant la seconde guerre mondiale, contrairement à la plupart des pays européens.

En Europe, c'est d'abord en Grande-Bretagne qu'après-guerre des services de proximité commencent à s'intéresser aux jeunes. Comme d'autres pays d'Europe, la Grande-Bretagne entreprenait une phase de reconstruction et, dans les années 50, la première ‘génération de la guerre’ entrait en grand nombre dans l'adolescence avec une culture perçue comme très différente de celle des générations précédentes. Une ‘culture des jeunes’ spécifique surgit, avec un mode de vie particulier, surtout chez les jeunes de la classe ouvrière, et commence à inquiéter le monde politique anglais. Le fossé qui sépare les services traditionnels pour la jeunesse et les jeunes eux-mêmes est ressenti comme une source potentielle d'instabilité sociale car les nouveaux modes de vie remettent en question les normes et valeurs traditionnelles. Les activités de proximité ont été introduites pour entrer en contact avec les jeunes ‘indépendants’ ou livrés à eux-mêmes (Spencer, 1950 ; Morse, 1965), pour se faire une idée de leurs difficultés sociales et les aider à rejoindre les services traditionnels pour les jeunes.

En France, les activités de proximité ont aussi commencé peu après la guerre, dans le cadre de la prévention spécialisée, pour venir en aide aux mineurs. Ce sont à l'origine des initiatives privées, le travail étant reconnu et financé par l'Etat à partir de 1963 (voir aussi Chapitre 7). Un décret officiel a confirmé cette reconnaissance et défini les tâches et le mode d'organisation et de financement du travail de proximité. L'objectif était de rencontrer les jeunes dans leur environnement propre, sans avoir recours à des mesures judiciaires ou administratives. Les interventions devaient respecter l'anonymat des personnes et obtenir leur consentement (Monier, 1982).

⁵ L'expression ‘outreach work’, par exemple, s'applique parfois à des services dans lesquels les usagers doivent se présenter eux-mêmes. En Belgique, l'expression *boule de neige* (voir Glossaire) semble se référer à des activités de proximité, mais on n'emploie pas le terme d'‘outreach’ ou de ‘proximité’.

Des préoccupations semblables sont apparues dans d'autres pays, y compris l'ancienne Allemagne de l'Ouest (Schelsky, 1958) et les Pays-Bas, mais à cette époque, elles n'ont abouti à aucune réorganisation des services pour la jeunesse, ni à des interventions spécifiques de proximité (Hazekamp, 1976). Le développement ultérieur d'activités de proximité auprès des jeunes dans l'Europe de l'ouest, en Belgique, en Allemagne (*Jugendarbeit*), aux Pays-Bas et en Norvège (Svensson, 1994) ne s'est pas produit avant l'époque 'hippie' du milieu des années 60.

Alors que les troubles sociaux des années 50 et du début des années 60 avaient été attribués aux jeunes des classes populaires, la nouvelle remise en question était endossée par d'autres classes sociales, et les jeunes étudiants, voire même des intellectuels, jouent un rôle primordial dans la nouvelle culture de la jeunesse hippie qui participe à des expériences de drogues comme le cannabis et le LSD. Des éducateurs vont dans la rue pour entrer en contact avec les jeunes en général et les plus révoltés. Bien que la consommation de drogue n'était pas un phénomène nouveau en soi, c'est alors devenu plus qu'un problème, touchant différentes classes sociales, et à une échelle sans précédent (Korf, 1995). Ces événements ont provoqué diverses initiatives de proximité auprès des jeunes. De la fin des années 60 au milieu des années 70, ces initiatives se sont progressivement tournées vers les jeunes usagers de drogues.

Dans les années 60 en Angleterre, on a d'abord entrepris des activités de proximité pour prêcher l'abstinence de drogues. Ce sont des hommes politiques ou bien des professionnels de la jeunesse et des éducateurs qui sont à l'origine de la plupart de ces expériences. Dans d'autres pays, le travail de proximité s'est développé à partir d'associations de bénévoles, où les contraintes bureaucratiques étaient moins fortes. La flexibilité, l'accessibilité et l'adaptation étaient les caractéristiques-clés des innovations de ces organisations non-gouvernementales (ONG). En Belgique, la loi de 1975 sur le contrôle de l'abus de drogue et la mise en place de services spécialisés ont renforcé le rôle du secteur associatif où ces tâches ont été adoptées comme l'une des activités essentielles.

Aux Pays-Bas le modèle était différent. Il est intéressant de noter que les éléments catalyseurs n'ont pas été les hommes politiques ou le milieu des éducateurs ; ce sont les jeunes eux-mêmes qui ont organisé des formes alternatives d'aide. Le travail de terrain auprès des usagers de drogues a été l'une de ces initiatives. A la même époque, les éducateurs et les hommes politiques ont pris conscience des difficultés rencontrées par les jeunes de la classe ouvrière et de la pauvreté des services sociaux et des activités de loisirs mis à leur disposition.

Le développement rapide de la consommation d'héroïne dans beaucoup de pays européens, à partir des années 70, a apporté des difficultés supplémentaires, dont l'émergence de ce qu'on appelle le 'problème' de la drogue. A l'époque, l'avis de la majorité était de criminaliser les usagers et de leur proposer des services de soins basés sur l'abstinence et sur un modèle médical de traitement de l'addiction. Les activités de proximité auprès des usagers de drogues étaient encore rares, sauf aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne. En Grande-Bretagne, la conscience croissante que peu d'usagers de drogues étaient pris en charge par les services de soins a amené la création de projets de proximité destinés à capter les usagers pour les diriger vers les services (Gilman, 1992). A Amsterdam, des approches de substitution se sont développées en même temps que des services de soins et de traitement. Les praticiens de la substitution critiquaient les services conventionnels sur leur seuil élevé d'accueil et leur choix 'irréaliste' d'abstinence totale pour tous. Plus que tout, on estimait que les services traditionnels étaient organisés d'en haut et pas très faciles d'accès, ne joignant qu'un faible pourcentage des consommateurs⁶. En attendant, plusieurs aspects de la santé publique, dont la consommation de drogues, avaient acquis une place plus importante dans l'agenda politique. L'ensemble de ces évolutions a inspiré plus ou moins directement des tentatives de travail de proximité qui avaient tendance à mettre en œuvre des méthodes moins conventionnelles et sans conditions.

Dans les années 80, l'épidémie du sida et la notion de réduction des risques qui l'a suivie ont accéléré le développement des activités de proximité dans beaucoup de pays européens, bien qu'à des degrés divers et avec des motivations différentes. Le sida s'est révélé être un puissant moteur de changement dans l'approche des usagers de drogues, amenant à mettre davantage l'accent sur les questions de santé publique, sur les méthodes pour changer les comportements des usagers et sur la nécessité de toucher des groupes plus larges d'usagers et d'atteindre les populations cachées. Les objectifs du travail de proximité se sont étendus et incluent désormais les pratiques d'injection à risques (particulièrement par l'échange de seringues) et les pratiques sexuelles à risques⁷. Certains pays, les Pays-Bas en particulier et la Grande-Bretagne dans une moindre mesure, ont démarré un travail de proximité avec des infrastructures déjà établies, alors que d'autres pays ont eu à faire cette mise en place.

⁶ La plupart des usagers de drogues vivaient des périodes d'abstinence fréquentes et souvent brèves (en prison, par exemple) qui leur permettaient de réduire leur degré de tolérance et d'améliorer leur état général de santé ; 80-90% rechutaient ensuite.

⁷ Le premier programme d'échange de seringues à Amsterdam, par exemple, a été lancé en 1984 par un groupe d'autosupport, le Junkiebond, en réponse au développement de l'hépatite B parmi les usagers injecteurs. Des programmes semblables ont commencé en Suède en 1986, et en Angleterre et en Ecosse en 1987.

Si les activités de proximité se sont répandues rapidement à travers l'Europe, elles restent inégalement réparties et subissent souvent des contraintes importantes, comme c'est le cas en France par exemple (Jacob, 1997) où les politiques de santé continuent à venir d'en haut.

Les activités de proximité subissent en général l'influence des services existants pour les jeunes et celle des politiques de drogue en cours. Dans les pays qui ont une approche pragmatique des drogues, comme le Danemark et les Pays-Bas (Moerkerk & Aggleton, 1990), les activités de proximité ont démarré plus facilement que dans les pays où dominait une approche plus biomédicale, comme en Belgique, France, Grèce, Italie et Espagne (voir aussi au Chapitre 7). Les pays décrits par Moerkerk & Aggleton comme ayant une approche plus politique, comme l'Allemagne, l'Irlande et la Grande-Bretagne, sont entre les deux.

Stimson *et al.* (1994) ont affirmé que le travail de proximité a atteint un sommet dans l'innovation à la fin des années 80 et au début des années 90, dans la plupart des pays de l'Europe de l'ouest. C'est alors seulement qu'une culture de l'assistance par la proximité se développe peu à peu dans le domaine des drogues. Les groupes d'autosupport et de proximité ont aussi commencé à entreprendre des activités de réduction des risques dans le domaine de la consommation des drogues de synthèse, bien que ce ne soit pas encore à large échelle.

Dans des contextes informels, le travail de proximité recouvre plus que les drogues seules et s'étend plus largement à ce qui concerne les jeunes (Gregory (ed.), 1995). Quelques initiatives mobiles notables se sont développées, comme le travail de rue auprès des jeunes usagers de drogues sans emploi et délinquants. Un travail de rue et un travail communautaire ont été menés auprès de leaders informels de groupes, dans l'environnement et les lieux de vie des usagers (Eisenbach-Stangl, 1994 ; Specht, 1991 ; Villalbi, 1997).

Les services de proximité doivent relever aujourd'hui un nouveau défi en coopérant avec les autres services de prévention et de soins et avec les différentes autorités publiques, et particulièrement les instances judiciaires, celles du travail social et de la santé, car le contexte dans lequel se développe le travail de proximité diffère tout à fait de celui des années 80. De plus, les activités de proximité sont en train de se professionnaliser, comme on peut le déceler dans la nature de la relation qui s'établit entre l'intervenant et l'utilisateur de drogues. Dans certains pays, cette relation semble s'établir sur la base d'une sorte de 'contrat' : d'un côté, en mettant davantage l'accent sur le développement local, les activités de proximité tendent à s'intégrer davantage là où elles travaillent, y compris en coopérant avec le voisinage ; d'un autre côté, on donne aussi plus d'importance à la loi et à l'ordre, au contrôle des nuisances (par exemple en Belgique, en France et aux Pays-Bas) et on s'oriente davantage vers l'abstinence, ce qui peut parfois masquer les objectifs de départ de beaucoup d'activités de proximité. En Belgique, par exemple, le secteur associatif a des difficultés croissantes à faire respecter les droits des usagers, à cause des contrôles de plus en plus étroits sur leurs activités.

L'INTERET SCIENTIFIQUE DU TRAVAIL DE PROXIMITE

Les rapports entre la pratique et la recherche sont complexes et difficiles à discerner. Dans une certaine mesure, les services de proximité ont eu une approche empirique empruntée çà et là et qui a amené divers modèles de travail de rue. Les approches du travail de proximité sont issues du terrain, même si certains éléments théoriques peuvent provenir de l'enseignement et de la recherche. L'essentiel s'est constitué à partir d'une compréhension empirique de ce qui peut réussir ou non dans un cadre local. On pourrait en déduire que les modèles théoriques ont pris naissance dans la pratique actuelle. Il peut cependant s'agir de développements sociaux parallèles, relativement autonomes. Même s'il ne faut pas surestimer l'influence de la recherche scientifique sur le travail de proximité qui est un concept tout à fait pragmatique, cela ne s'est pas fait sans raisons philosophiques bien définies. Les travaux scientifiques ont néanmoins contribué à ce que le travail de proximité soit ce qu'on en connaît aujourd'hui, et la recherche sur les pratiques de proximité se développe encore. C'est particulièrement le cas de ce qu'on appelle les projets de recherche-action où coexistent dans des projets pilotes des activités de proximité et de la recherche empirique.

Le travail de proximité a reçu l'influence de plusieurs disciplines différentes et a été étudié dans le domaine du travail social et du travail auprès des jeunes, à la fois au niveau micro (psychologique) et macro (sociologique et anthropologique). En tant qu'objet d'intérêt scientifique, le travail de proximité remonte au début des années 50. Il n'est pas surprenant que cet intérêt ait débuté aux Etats-Unis où ont été publiés les premiers travaux de recherche sur les jeunes et le travail de proximité. Des disciplines comme la sociologie et l'anthropologie étaient déjà mieux installées aux Etats-Unis avant la seconde guerre mondiale que dans la plupart des pays d'Europe. Des sociologues en particulier, avec le modèle fonctionnaliste dominant, ont commencé à s'intéresser aux comportements des jeunes déviants dans l'intention de concevoir des projets destinés à 'corriger' ce comportement (Hazeekamp, 1976). A partir des années 60,

l'intérêt de la recherche s'est élargi, en partie sous l'influence des critiques du fonctionnalisme. Le nombre de disciplines concernées par le travail de proximité s'est multiplié, les modèles et les méthodes utilisés se sont diversifiés et de nouveaux groupes cibles ont été définis. La mobilité croissante des idées entre les Etats-Unis et l'Europe, et réciproquement, a permis qu'elles se diffusent largement.

A partir des années 60, les sciences sociales se sont aussi développées en Europe. Des modèles et des notions variés ont été proposés comme alternatives à ceux des fonctionnalistes ; ils ont été appliqués non seulement aux problèmes de la jeunesse mais aussi à des groupes comme les malades mentaux (avec le mouvement de l'antipsychiatrie). Ces idées sont arrivées au moment où les subcultures et les contre-cultures des jeunes apparaissaient, bousculant les frontières des classes sociales⁸. On a commencé à explorer la 'déviance' sociale selon des angles différents, et on a porté un regard nouveau sur l'exclusion des groupes qui avaient peu ou pas d'accès à la santé et aux services sociaux. L'anthropologie culturelle a montré la nécessité de comprendre les particularités des subcultures pour expliquer les modèles des comportements de groupe. La perspective anthropologique était centrale, par exemple pour l'étude des premiers services de proximité auprès des jeunes en Scandinavie dans les années 60 et 70 (Svensson, 1994). En même temps, la recherche de psychologie sociale sur l'interaction des pairs et sur les pairs comme modèles de rôle a aussi influencé le travail de proximité (Milburn, 1996). Les études épidémiologiques et ethnographiques centrées spécifiquement sur les usagers de drogues sont cependant restées plutôt insuffisantes, principalement cliniques dans leur nature et centrées sur les populations en traitement jusqu'au début de l'épidémie du sida.

Le sida a permis que les usagers de drogues, et le travail de proximité qui les concerne, deviennent objets de recherche sociale. A côté des disciplines citées ci-dessus, la santé publique et l'éducation à la santé ont été mises sur la scène centrale⁹. Ainsi les idées de changer les comportements et de faire de la prévention commencent à influencer le travail de proximité et réciproquement. Ces idées ont été nourries de nouvelles explications sur d'autres types de comportements de prises de risques pour la santé, comme le tabac, l'alcool ou les grossesses des adolescentes (Skinner, 1992). La prévention du sida a aussi été influencée par les théories sociologiques développées par l'Ecole de Chicago (Wiebel, 1988) et par la prise de conscience du rôle de l'éducation sexuelle sur la santé. On a pu observer un changement important dans la théorie du travail social, pour sortir du travail traditionnel orienté sur l'individu considéré comme un 'cas', vers un travail communautaire et une mobilisation des groupes de clients et des minorités.

Le problème de la drogue en Europe a d'abord été associé à l'héroïne (et plus récemment à la polyconsommation de drogues) parce que l'héroïne est, bien plus que les autres drogues, associée au VIH et au sida, à la mortalité et aux problèmes sociaux et de santé publique. Des stratégies de prévention se sont développées dans tous les Etats-membres de l'Union Européenne, bien qu'à des degrés divers et à des moments différents. La demande d'approches alternatives à la consommation de drogues illicites s'est renforcée avec la prise de conscience que les anciennes approches, qui s'appuient sur des traitements par l'abstinence (modèle de l'addiction comme maladie) et sur le contrôle (par l'application de la loi et la criminalisation des usagers), étaient absolument inadaptés, alors que les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre de ces approches continuaient à se développer. Ces approches alternatives sont en général regroupées sous le concept de réduction des risques (voir Chapitre 2). L'approche de la réduction des risques prend source dans les concepts de santé publique et d'éducation à la santé, mais touche aussi à tous les aspects de la consommation illicite de drogues. Le modèle de la réduction des risques a puisé dans la sociologie de la déviance (Young, 1976) et dans la pratique du travail social auprès des jeunes, développé d'abord à New York, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne dans les années 60. La réduction des risques comme philosophie de base se trouve aujourd'hui au cœur de beaucoup d'activités de proximité.

Pour étudier les recherches scientifiques qui ont influencé le travail de proximité, la distinction de Longshore peut être très utile (Riper *et al.*, 1995). Au début de l'épidémie du sida, on s'est fortement tourné vers la pratique de l'échange des seringues chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI). Des recherches sur des échantillons ont été menées, surtout dans des lieux de soins cliniques, des centres de désintoxication et des services judiciaires car ces sites permettent un accès facile à la population des UDVI. Longshore (1992) leur a donné le nom de 'recherches de la première génération'. Avec l'évolution de l'épidémie et le développement de la connaissance et de l'expérience, on a observé une évolution dans les sujets abordés et les méthodes de recherche utilisées, résumés par Longshore comme 'les recherches de la seconde génération'. On s'est intéressé davantage à l'idée que les comportements d'injection (et les comportements sexuels) – et leur évolution – sont influencés par les modes de vie individuels, sociaux et par le groupe dans lequel ces comportements ont lieu.

Des notions semblables se retrouvent dans les théories sur l'éducation par les pairs (bien que ces dernières sont probablement moins développées que celles qui concernent le travail de proximité). Les recherches sur le soutien des

⁸ Hazekamp (1976) a défendu l'idée que dans l'ensemble, ceci n'a pas amené de changements majeurs dans les idées en cours sur les comportements déviants des jeunes de la classe ouvrière, ni dans la nature du travail de rue.

⁹ Les approches d'éducation de santé publique varient entre des théories qui s'appuient sur le modèle de la foi en la santé, des théories de l'action raisonnée, le modèle d'auto-efficacité de Bandura, la théorie du comportement planifié et des modèles de support social ou d'intégration.

pairs et les stratégies de survie des usagers de drogues (Power *et al.*, 1992) ont montré que l'intérêt porté aux conditions de vie et à la survie dans les subcultures facilite l'accès aux réseaux d'usagers de drogues pour les influencer, plutôt que des approches qui utilisent surtout des méthodes d'éducation des jeunes à la santé. Il semblerait cependant que les usagers de drogues soient davantage ouverts à l'influence sélective des pairs en ce qui concerne certaines pratiques que pour d'autres¹⁰.

La complexité et la diversité de la population définie comme UDVI, la variété des lieux où vivent ces usagers de drogues et les conséquences de ces facteurs sur les stratégies de prévention ont ainsi été mises au premier plan des recherches sur le travail de proximité. L'accent est mis désormais sur les 'populations cachées', définies comme des usagers de drogues qui ne sont pas en contact avec les services spécialisés. Pouvoir mieux atteindre ces populations cachées semble un moyen puissant de diffusion des messages de prévention (Franken et Meulders, 1994). Cependant, le nombre d'UDVI en contact avec des institutions socio-sanitaires varie fortement selon les Etats-membres.

Cela a aussi des conséquences sur le travail de proximité. Les services à bas seuil permettent de rejoindre davantage les 'populations cachées' et de les diriger éventuellement vers les services spécialisés. Dans ce contexte, le travail de proximité peut même être moins important (bien que toujours nécessaire) si un grand nombre d'usagers des populations cachées sont en contact avec des services à bas seuil. Mais là où il y a peu ou pas de services de ce genre, l'accès ou le contact avec les populations cachées est au contraire plus difficile et le travail de proximité devient d'autant plus urgent.

L'intérêt porté aux populations cachées a aussi inspiré un certain nombre de méthodes de recherche (comme les échantillons ciblés ou les échantillons par 'boule de neige', l'association de méthodes quantitatives et ethnographiques).

Il faut noter que le passage des recherches de la première génération à celles de la seconde ne s'est pas fait aussi vite, ni au même moment, ni de la même façon dans tous les Etats-membres. Dans des pays comme les Pays-Bas et la Grande-Bretagne par exemple, où le travail de proximité a été introduit dès le début de l'épidémie du sida, ou même avant, il n'est pas surprenant d'observer que l'évolution s'est produite plus tôt que dans les pays où le travail de proximité s'est développé plus tard, comme en Irlande ou au Portugal. La culture scientifique de chaque pays joue aussi un rôle important. Il y a par exemple une forte tradition empirique aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, alors que la France a une plus forte tendance à la théorie.

Aux Etats-Unis et dans certains pays d'Europe, des interventions directes de proximité se sont justifiées, ou même déguisées en projets pilotes de recherche pour appliquer des mesures qui ont été mises en priorité ailleurs comme urgence pour la prévention du sida. Il y a eu une interaction dynamique entre les projets pilote de recherche utilisant des méthodes ethnographiques et le travail de proximité mené par des professionnels et des travailleurs issus du terrain. Le monde du travail social et celui de la recherche, par exemple, se sont montrés indispensables pour développer des passerelles entre les services spécialisés et les minorités marginalisées qui nécessitent une médiation et des interventions de proximité (Broadhead et Margolis, 1993).

Dans certains cas, la recherche a servi à justifier des interventions qu'on n'aurait pas acceptées à ce moment-là en tant que politiques publiques de l'Etat (Boullenger *et al.*, 1992 ; Jacques et Goosdeel, 1990). Kinable (1994) a décrit comment, dans une étude belge sur la rue, un travail considérable avait dû être fait pour convaincre les usagers de drogues qu'il n'y avait pas, derrière l'étude, de stratégie clandestine de surveillance policière par exemple. En France, des projets de recherche-action dans ce domaine, selon les principes généraux du travail de rue auprès des jeunes, ont même été perturbés par des interventions policières. Il n'est donc pas étonnant que l'accent ait été fortement porté sur l'anonymat dans les textes français sur le travail de proximité (par ex., Barraud, 1994).

Pour conclure, les thèmes et les applications du travail de proximité et du travail de rue sont issus d'un certain nombre de traditions – l'empirisme anglo-saxon, les approches néerlandaises de santé publique, l'ethnographie française et la sociologie nord-américaine – ainsi que d'études anthropologiques. En France, un lien dynamique entre l'ethnologie et la sociologie a commencé à se développer de façon relativement limitée (Ehrenberg (ed.), 1992). L'ethnologie a évolué de l'étude des sociétés traditionnelles dans des lieux exotiques à l'étude des sociétés industrielles et postindustrielles. Les textes de la littérature interactionniste et ethnométhodologique et ceux des interprétations anglaises de la sociologie de la déviance ont ensuite enrichi ces débats (Foote, 1943 ; Becker, 1963 ; Glaser et Strauss, 1967 ; Young, 1976). Les recherches des universités de Barcelone et Madrid sur les histoires de vie et sur l'ethnographie ont influencé la pensée méditerranéenne sur l'interaction communautaire. Cela se ressent en particulier dans les interventions de proximité de Barcelone, Madrid et Séville. Au début des années 90, des centres d'intérêts semblables sont apparus aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne.

¹⁰ Par exemple avec l'arrivée du sida, beaucoup d'usagers de drogues injecteurs en Europe ont changé spontanément, ou à l'aide de groupes modestes, leurs pratiques d'injection. La prévention du sida, y compris le travail de proximité, a eu peu d'impact sur les comportements sexuels des usagers injecteurs.

Les travaux de proximité plus récents sur les drogues de synthèse et les ‘raves’ ont également intégré les expériences de la contre-culture des années 60 et 70, la théorie situationniste de Guy Debord et la pensée post-moderne plus récente (Debord, 1983 ; EMCDDA, 1997)¹¹. Cependant, aucun modèle théorique ou conceptuel unique ne peut être déterminé comme étant à la source de la pratique de proximité sur les ‘nouvelles’ drogues, et il y a de plus des recoupements importants entre les modèles.

CONCLUSION

La pratique du travail de proximité a évolué d’une façon considérable dans le temps, pour ce qui est des objectifs définis, des groupes cibles et des acteurs investis. En conclusion :

- des ressemblances et des différences existent entre les Etats-membres de l’Union Européenne ;
- le travail de proximité a une tradition plus ancienne aux Etats-Unis qu’en Europe ;
- les Pays-Bas et la Grande-Bretagne ont, en moins de trente ans, établi une tradition de proximité spécifiquement adaptée aux usagers de drogues ;
- un même modèle se retrouve dans la recherche scientifique, avec un glissement progressif pour se centrer, des pauvres en général, sur les jeunes les plus démunis, les jeunes de la génération hippie, puis les usagers de drogues au début de l’épidémie du sida ;
- l’intérêt porté aux usagers de ce qu’on appelle les ‘nouvelles’ drogues dans les raves et les soirées a élargi la portée et les méthodes du travail de proximité – ce modèle présente cependant de nombreuses différences selon les pays, par exemple en ce qui concerne les lieux et la vitesse avec laquelle le travail de proximité a démarré ;
- à la fois en Europe et aux Etats-Unis, les interventions de proximité ont été influencées ou initiées par des projets de recherche-action.

¹¹ Les recherches sur la consommation de drogues de synthèse chez les jeunes se développent et utilisent des méthodologies diverses. Des enquêtes sur des populations de jeunes ou scolaires existent dans la plupart des pays (voir Korf et Riper (eds), 1997), ainsi qu’à l’échelle européenne (voir, par exemple, Hibell *et al.*, 1997). Une recherche ethnographique se poursuit également dans certains pays comme la Grande-Bretagne (Ward et Pearson, 1997), l’Espagne (Roldán *et al.*, 1997) et les Pays-Bas (Korf *et al.*, 1991).

2 Groupes cibles, objectifs et méthodes de travail

LES GROUPES CIBLES

**LES OBJECTIFS
DU TRAVAIL DE PROXIMITÉ**

LES MÉTHODES DE TRAVAIL

CONCLUSION

LES GROUPES CIBLES

On a tendance à définir les groupes cibles selon des critères ou des caractéristiques spécifiques. Le chapitre 1 a souligné l'évolution des groupes cibles du travail de proximité selon les époques, depuis les jeunes déviants de la classe ouvrière aux hippies venant de classes sociales diverses, puis à une jeunesse consommatrice de drogues, aux usagers dépendants, aux usagers cachés et 'à problèmes', et plus récemment aux soirées de jeunes et aux 'ravers'.

A présent, on peut distinguer deux larges groupes cibles pour le travail de proximité dans le domaine des drogues : les consommateurs des drogues 'classiques' et les consommateurs des 'nouvelles' drogues. Le travail de proximité en Europe s'adresse en général davantage aux usagers des drogues 'classiques'. La définition proposée par Hartnoll *et al.* (1990 – voir chapitre 1) précise qu'il s'agit de groupes qui ne sont pas efficacement contactés par les services existants ou par les messages de l'éducation traditionnelle à la santé. Pour les professionnels, cette absence de contact est un problème – c'est à travers ces contacts qu'ils tentent de motiver et soutenir les projets des personnes de changer de comportement (mais ils peuvent avoir dans ce travail des objectifs divers et multiples, comme l'intérêt individuel des usagers de drogues, celui de leur groupe ou plus largement de la société). Comme cela est illustré ci-dessous, une telle définition convient mieux aux usagers des drogues 'classiques' que des 'nouvelles'.

Cette partie traite des groupes cibles des interventions de rue ou au domicile des usagers, le travail en institutions étant traité plus tard dans le cadre des objectifs du travail de proximité.

Les tableaux 2 et 3 illustrent la fréquence des contacts de proximité avec :

- les usagers des drogues 'classiques' (travail orienté sur le sida) ;
- les usagers des drogues 'classiques' (travail orienté sur la réduction des risques plutôt que sur le sida) ;
- les usagers des 'nouvelles' drogues (travail orienté sur la réduction de la demande) ;
- les usagers des 'nouvelles' drogues (travail orienté sur la réduction des risques).

Dans la plupart des cas, les données viennent des Points Focaux Nationaux du réseau REITOX ou bien d'autres informateurs-clés¹².

Les usagers des drogues 'classiques'

On trouve des usagers de drogues difficiles à joindre dans tous les pays d'Europe. En réponse, une large gamme de services a été mise en place pour les contacter, dont le travail de proximité fait partie¹³. Le groupe désigné en tant qu'usagers de drogues 'classiques' est en général surtout constitué d'usagers d'héroïne, dont la plupart sont en fait des polyconsommateurs. Ils sont le principal groupe cible de tous les services de proximité, avec malgré tout des variations à travers l'Europe (souvent renforcées par les cultures et les traditions locales).

¹² Au Danemark et en France, respectivement deux et trois informateurs ont fourni l'information. Là où les informateurs n'ont pas donné la même réponse, la réponse la plus 'positive' a été présentée dans le cas du Danemark, et la réponse 'moyenne' pour la France. Les résultats des communautés belges flamandes et francophones sont présentés séparément dans certains tableaux seulement.

¹³ Des unités mobiles, des 'boutiques' (*drop-in centres*), des lieux de rencontre et d'autres formes d'interventions ont été mis en place à Amsterdam, Barcelone, Berlin, Bruxelles, Edimbourg, Glasgow, Hambourg, Londres, Marseille, Milan, Paris, Utrecht et Zurich.

Tableau 2 : LES USAGERS DES DROGUES ‘CLASSIQUES’

PAYS	TRAVAIL DE PROXIMITE ORIENTE SUR	
	LE SIDA	LA REDUCTION DES RISQUES
Allemagne	contacts occasionnels/rares	contacts fréquents
Autriche	contacts fréquents/réguliers	contacts fréquents/réguliers
Belgique	contacts fréquents/réguliers	contacts fréquents/réguliers
Danemark	contacts occasionnels/rares	contacts occasionnels/rares
Espagne	contacts fréquents/réguliers	contacts occasionnels/rares
Finlande	Pas de contacts	Pas de contacts
France	contacts fréquents/réguliers	contacts occasionnels/rares
Grande-Bretagne	contacts fréquents/réguliers	contacts fréquents/réguliers
Grèce	contacts occasionnels/rares	contacts occasionnels/rares
Irlande	contacts fréquents/réguliers	contacts occasionnels/rares
Italie	contacts fréquents/réguliers	contacts fréquents/réguliers
Luxembourg	contacts fréquents/réguliers	contacts fréquents/réguliers
Norvège	contacts fréquents/réguliers	contacts fréquents/réguliers
Pays-Bas	contacts fréquents/réguliers	contacts fréquents/réguliers
Portugal	contacts fréquents/réguliers	contacts occasionnels/rares
Suède	pas d'information disponible	

La majorité des intervenants de proximité ont des contacts fréquents ou réguliers avec les usagers de drogues ‘classiques’, orientés spécifiquement ou exclusivement sur le sida, à l’exception de la communauté flamande en Belgique, le Danemark, la Finlande, l’Allemagne et la Grèce. Les pays où le contact avec ces usagers est important ont également tendance à avoir un niveau relativement élevé d’autres contacts de proximité, pas spécifiquement orientés sur le sida ou la réduction des risques du sida. En Allemagne, le travail de proximité auprès des usagers de drogues ‘classiques’ semble se tourner davantage sur la réduction des risques en général plutôt que vers des services spécifiques du sida. Dans d’autres pays cependant (France, Irlande, Portugal et Espagne par ex.), le travail de proximité auprès des usagers de drogues ‘classiques’ est tourné davantage vers des services orientés spécifiquement sur le sida plutôt que vers une réduction plus générale des risques (voir Tableau 2). Ceci peut s’expliquer par le fait que le travail de proximité auprès des usagers de drogues est relativement nouveau dans ces pays et que, dans les pays cités du sud de l’Europe, le taux de sida parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse est assez élevé.

Ce groupe cible est en fait constitué de nombreux sous-groupes dont l’une des caractéristiques principale est la dépendance des drogues. Certains usagers peuvent vivre à la fois dans des lieux semblables ou très différents et les problèmes qu’ils rencontrent peuvent être très différents. Pour cette raison, les usagers de drogues ne peuvent pas constituer un groupe cible homogène (Bravo, 1994). Et si l’objectif du travail de proximité est de rejoindre spécifiquement ceux que l’on présume être hors d’atteinte des services traditionnels, toutes les personnes dépendantes

de drogues n'ont pas non plus besoin d'être ciblées pour des interventions de proximité. Etant données ces considérations, les facteurs suivants peuvent aider à définir les groupes cibles des usagers de drogues 'classiques' :

- la prise de risques ;
- la perception d'une vulnérabilité et d'un besoin d'aide ;
- les caractéristiques du lieu et du cadre de vie ;
- la taille du groupe ;
- le degré de lien entre les usagers et les services ;
- le degré selon lequel les usagers sont plus ou moins 'cachés'.

Les usagers des 'nouvelles' drogues

Depuis la fin des années 80, la consommation d'ecstasy et d'autres drogues de synthèse s'est rapidement développée chez les jeunes à travers l'Europe. Cette contagion a été particulièrement rapide, si on la compare avec celle des autres drogues illicites comme le cannabis et l'héroïne dans les années 60 et 70 (Fromberg, 1995). Explorer les facteurs qui ont provoqué cette rapide contagion dépasse l'objet de cette étude mais on pourrait débattre du fait que la consommation de drogues de synthèse s'accorde à la fois avec 'l'air du temps'¹⁴ – ce qui signifie un retour des symboles des années 60 – et avec les nouveaux modes de vie et de loisirs des jeunes. Chez les jeunes, la consommation de drogues récréationnelles est désormais liée systématiquement à la popularité des soirées musicales que sont les 'raves' (Pearson *et al.*, 1991), ce qui explique qu'on parle de *dance drugs* en évoquant ces types de drogues. A une époque où persistent la dépendance à l'héroïne et le sida, les drogues de synthèse peuvent se vanter d'une image plus positive : saine, propre, sans dépendance et développant l'empathie et la communication érotique. Alors que l'héroïne est perçue comme une drogue de 'losers', les drogues de synthèse sont 'cool'. Comparées à des drogues comme le LSD et à des stimulants comme le sulfate d'amphétamine, les 'nouvelles' drogues produisent des effets plus 'légers', plus stimulants et moins perturbants pour l'esprit. De plus, leur ingestion sous forme orale est perçue comme un avantage sur les autres drogues illicites qu'il faut injecter, inhaler ou fumer (Gamella *et al.*, 1997).

L'inquiétude est montée au cours des années 90 à propos du développement de cette consommation de drogues de synthèse chez les jeunes. Les drogues comme l'ecstasy sont désormais juridiquement définies comme illicites et interdites. Les modes de fabrication et de distribution évoluent malgré tout rapidement et on ne cesse de rechercher des moyens de développer des alternatives chimiques et de produire ces drogues dans différentes zones géographiques. L'une des conséquences a été la pollution considérable du marché.

Dans les projets de travail de proximité, peu de pays ont ciblé les consommateurs des 'nouvelles' drogues à l'échelle de ce qui s'est fait pour les usagers de drogues 'classiques' (voir Tableau 2). La plupart des pays de l'Union Européenne ne se sont que rarement intéressés aux usagers des 'nouvelles' drogues, si seulement ils l'ont fait. Le Danemark et la Norvège l'ont surtout fait dans une perspective de réduction de la demande, alors que la Grande-Bretagne met en place un bon nombre de services de réduction de la demande et des risques des 'nouvelles' drogues. Les six pays qui ont répondu avoir parfois ciblé les 'nouvelles' drogues l'ont fait davantage dans une perspective de réduction des risques que de réduction de la demande. En général, les pays qui ont des contacts de proximité fréquents avec les usagers des drogues 'classiques' ont également tendance à faire davantage de travail de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues, dans une perspective de réduction des risques. C'est le cas des Pays-Bas, de la Norvège et de la Grande-Bretagne. A l'inverse, les pays qui n'ont pas ou peu de contacts de proximité avec les usagers des drogues 'classiques' (comme la Finlande et la Grèce) n'ont pas de contacts de proximité avec les usagers des 'nouvelles' drogues.

Les mêmes facteurs utilisés plus haut pour définir les groupes cibles d'usagers des drogues 'classiques' peuvent servir à définir les groupes cibles des usagers de 'nouvelles' drogues.

¹⁴ *Zeitgeist*

Tableau 3 : LES USAGERS DES ‘NOUVELLES’ DROGUES

PAYS	TRAVAIL DE PROXIMITE ORIENTE SUR	
	LA REDUCTION DE LA DEMANDE	LA REDUCTION DES RISQUES
Allemagne	contacts occasionnels/rares	contacts occasionnels/rares
Autriche	contacts occasionnels/rares	contacts occasionnels/rares
Belgique	contacts occasionnels/rares	contacts occasionnels/rares
Danemark	contacts fréquents/réguliers	Pas contactés
Espagne	contacts occasionnels/rares	contacts occasionnels/rares
Finlande	contacts occasionnels/rares	Pas contactés
France	contacts occasionnels/rares	contacts occasionnels/rares
Grande-Bretagne	contacts fréquents/réguliers	contacts fréquents/réguliers
Grèce	Pas contactés	Pas contactés
Irlande	Pas contactés	contacts occasionnels/rares
Italie	contacts occasionnels/rares	contacts occasionnels/rares
Luxembourg	contacts occasionnels/rares	contacts occasionnels/rares
Norvège	contacts fréquents/réguliers	contacts occasionnels/rares
Pays-Bas	contacts occasionnels/rares	contacts occasionnels/rares
Portugal	contacts occasionnels/rares	contacts occasionnels/rares
Suède	pas d'information disponible	

Les caractéristiques d'un groupe cible

Trois questions demandent une réflexion plus poussée pour définir les groupes cibles du travail de proximité. Les deux premières questions concernent les drogues ‘classiques’ et la troisième, les ‘nouvelles’ drogues.

LES USAGERS DES DROGUES ‘CLASSIQUES’

Le principal critère pour qualifier un groupe cible doit-il être le fait d’être hors de portée des services spécialisés, alors qu’il y a sur ce point une grande différence entre les pays ? Les usagers contactés sont en réalité souvent présumés faire partie de groupes ‘à problèmes’ – les polyconsommateurs à long terme les plus lourds qui ont des comportements perturbateurs et à risques. Ainsi il y a un lien entre le degré de problèmes que pose la consommation de drogues et la probabilité d’être ciblé. Il y a là un sérieux paradoxe pour le travail de proximité : contrairement à son objectif reconnu de viser les populations ‘cachées’, ce sont le plus souvent les usagers ostensibles et les plus visibles (la plupart sont déjà bien connus d’un grand nombre de services) qui sont contactés (Strang, 1994). D’un autre côté, ne pas être en contact avec des services ne signifie pas toujours ne pas avoir accès à ces derniers et les usagers qui sont hors de portée à cet égard pourraient souvent l’être délibérément. Ainsi les vrais usagers de drogues cachés ne sont pas toujours ciblés et restent hors d’atteinte.

LES USAGERS DES 'NOUVELLES' DROGUES

En tant que groupe cible pour une intervention de proximité, les usagers des 'nouvelles' drogues ne peuvent d'aucune manière être assimilés aux usagers des drogues 'classiques'. Tout d'abord, être hors d'atteinte des services ne peut pas suffire à définir un indicateur de groupe cible ; pas plus que la marginalisation, la dépendance ou l'addiction, autres motifs importants pour le travail de proximité. Il s'agit ici d'un nouveau type d'usagers de drogues – pas les paumés de la rue, issus des banlieues, mais des jeunes en bonne santé pour la plupart, 'normaux', de milieux sociaux divers. De plus, le groupe potentiel à cibler est beaucoup plus hétérogène et sans doute beaucoup plus important que le groupe des drogues 'classiques'.

Les usagers des drogues de synthèse font partie de sous-groupes divers et de subcultures qui utilisent différents symboles et ils ont des modes de vie et de consommation divers (Fromberg, 1995). Ceci peut grandement varier à l'intérieur de chaque pays et entre eux. Si les 'new-agers', les 'clubbers' et les 'ravers', pour ne citer qu'eux, constituent des groupes différents, ils ne se distinguent pas totalement les uns des autres (Nabben et Korf, 1997). Des jeunes peuvent faire partie de plusieurs de ces groupes, simultanément ou selon les moments ; d'autres ne s'identifient avec aucun groupe mais peuvent aller parfois à une soirée ou une 'rave'. Les subcultures peuvent changer rapidement et être perçues comme 'à la mode' ou dépassées, courantes ou étranges. Certaines subcultures sont plus faciles à contacter que d'autres, même pour les chercheurs et les intervenants de proximité. Ces facteurs ont leur importance pour définir les groupes cibles potentiels des interventions de proximité et pour sélectionner les intervenants qui conviennent.

Les comportements à risques varient d'un groupe à l'autre, mais ils semblent être associés surtout avec la consommation de pilules de mauvaise qualité, un usage inadapté (comme ne pas boire suffisamment d'eau ou associer les pilules à l'alcool ou à d'autres drogues) ou des caractéristiques du lieu, comme une salle bondée ou des températures excessives. Les relations sexuelles peuvent aussi être un facteur de risques potentiels mais on a encore peu d'informations empiriques fiables sur le rapport entre les 'nouvelles' drogues et les relations sexuelles à risques. Proposer une information sur la prévention des risques sexuels dans les lieux de loisirs des jeunes semble en tout cas être une bonne idée.

LES OBJECTIFS DU TRAVAIL DE PROXIMITE

Si un concept pouvait résumer les objectifs du travail de proximité, ce serait celui de 'réduction des risques' ou des dommages. La réduction des risques est un concept qui recouvre beaucoup de niveaux différents qui vont de la théorie à la pratique. Elle vise à infléchir les effets négatifs de la consommation de drogues illicites en réduisant le risque que les usagers de drogues nuisent à eux-mêmes et/ou à leur environnement (l'individu, le réseau communautaire ou plus largement la société – O'Hare (ed.), 1992). L'idée de réduction des risques part du point de vue que tenter activement de réduire les dommages causés par les drogues produit de meilleurs résultats pour le bien commun que d'essayer seulement d'empêcher la prise de drogues. Ce point de vue reconnaît ouvertement les difficultés inhérentes au fait de tenter d'interdire toute forme de consommation de drogue illicite et recherche plutôt à maximiser les bénéfices et minimiser les dommages. La réduction des risques vise avant tout un objectif de santé publique plutôt que la seule criminalisation des individus consommateurs de drogues.

Même si des services de proximité centrés sur la réduction des risques avaient déjà commencé à se développer avant le début de l'épidémie du sida, dans les années 80, le VIH a été un élément catalyseur pour répandre cette stratégie. Les Pays-Bas, la Suisse et la Grande-Bretagne ont été particulièrement actifs pour développer des politiques de réduction des risques liés aux drogues. Quelques autres Etats-membres de l'Union Européenne, en particulier la France et la Suède, ont montré moins d'enthousiasme et les mesures de réduction des risques, y compris le travail de proximité, y sont toujours l'objet de controverses. Il y a eu un violent débat, par exemple pour savoir si l'offre de seringues propres était un encouragement à la consommation de drogues.

Partant de la position de ses défenseurs initiaux, la réduction des risques s'est ensuite fortement implantée aux niveaux opérationnel, politique et de la recherche. Mais l'idée de réduction des risques est aujourd'hui mise au service d'une large gamme d'idéologies et de politiques qui vont des points de vue anti-prohibitionnistes aux programmes prohibitionnistes qui se servent des mesures de la réduction des risques pour faire la promotion de l'abstinence (Fromberg, 1995).

Les objectifs du travail de proximité sont nombreux, divers et parfois difficiles à discerner et il n'est pas surprenant qu'ils varient selon les pays et les régions. On observe des différences entre les régions, les villes, les quartiers et les services. La nature du lieu et du cadre de vie et le groupe ciblé déterminent la nature du travail de proximité.

D'une façon générale, on peut distinguer quatre objectifs principaux de travail de proximité, tous liés d'une manière ou d'une autre à la réduction des risques :

- la prévention ;
- le travail de rue ;
- l'information politique ;
- l'offre de services de proximité en lien avec la recherche.

Une intervention particulière de proximité peut répondre à un ou plusieurs de ces objectifs. La prévention concerne directement les usagers de drogues alors que les autres objectifs les concernent indirectement, en fournissant de l'information aux décideurs politiques locaux ou par un travail de proximité en institutions.

La prévention

La prévention est en général l'objectif premier des interventions de proximité, soit dirigée vers le sida ou plus largement vers les questions qui concernent les drogues (Rhodes *et al.*, 1991a).

La prévention englobe divers aspects de la réduction des risques en visant le changement du comportement, que ce soit par des moyens sûrs de consommer des drogues, l'abstinence de drogue, la sécurité dans les relations sexuelles ou la diminution des comportements à risques. Contrairement à l'éducation à la santé, le travail de proximité insiste sur les besoins suivants :

- la spécificité du contexte ;
- la participation active des usagers actuels ou potentiels ;
- la conscience que fournir seulement une information précise a peu de chances de modifier le comportement.

Cela signifie que les interventions de proximité doivent entrer en contact avec les usagers de drogues de façon à leur permettre de faire des choix plus sains. Cela semble être plus efficace que de fournir simplement des recommandations de santé à des individus ou à des groupes, ou de supposer qu'ils iront chercher eux-mêmes de l'aide s'ils ont des problèmes de santé assez graves. Les éducateurs sanitaires ont distingué quatre modèles d'éducation à la santé :

- les modèles de changement des comportements et de diffusion d'informations ;
- les modèles d'autosupport ;
- les modèles centrés sur les réseaux communautaires ;
- les modèles de transformation sociale.

Le travail de proximité est plus proche des modèles d'autosupport et des modèles centrés sur les réseaux communautaires que de ceux qui visent la diffusion d'informations.

LA PREVENTION PRIMAIRE

En principe, la prévention primaire des drogues s'adresse spécifiquement aux jeunes qui ne consomment pas encore de drogues, pour les dissuader de le faire dans l'avenir. De façon concise, le message est 'ne vous drogue pas'. La prévention primaire s'adresse principalement à des petits groupes comme les classes scolaires, ou à des groupes plus larges, par des campagnes publiques par exemple. Ce type de prévention primaire n'est pas considéré comme du travail de proximité.

Défini ainsi, le concept de prévention primaire pourrait sembler difficile à appliquer à des usagers de drogues 'classiques', sauf s'il s'agit de prévenir la consommation de formes additionnelles de drogues (par exemple la cocaïne ou le crack pour la population des consommateurs d'héroïne). Mais ce concept s'applique aussi aux cas où les interventions de prévention sont directement liées à la consommation de drogues, par exemple pour tenter de prévenir l'injection ou de dissuader les anciens usagers de rechuter. Ici, le message de prévention peut se résumer à 'ne vous injectez pas'. Pour les injecteurs comme pour les non-injecteurs, les interventions de proximité visant à prévenir les risques dus aux relations sexuelles sont aussi des interventions de prévention primaire.

En ce qui concerne les 'nouvelles' drogues, la prévention primaire cherche à dissuader les gens de prendre ces substances, par exemple en diffusant des informations dans les 'raves'. Ici aussi, le message est 'ne prenez pas d'ecstasy', et peut aussi s'associer à une information sur la prévention des risques des relations sexuelles.

LA PREVENTION SECONDAIRE

La prévention secondaire est dirigée vers ceux qui consomment déjà des drogues. Pour les usagers de drogues ‘classiques’, elle peut chercher à réduire le risque du sida en proposant du matériel de prévention (préservatifs ou kits d’injection) ou bien elle peut indirectement faciliter le changement de comportements en dirigeant les personnes vers les services de soins existants.

L’objectif de la prévention secondaire pour les ‘nouvelles’ drogues est d’informer les personnes qui prennent déjà des drogues de synthèse sur les moyens plus sûrs de les utiliser. La prévention peut comprendre des tests de comprimés ou fournir des informations sur les doses, les fréquences et les mélanges à risques. On peut aussi proposer des préservatifs.

La prévention secondaire pour les usagers de drogues ‘classiques’ ou ‘nouvelles’ pourrait se résumer au message suivant : ‘si vous prenez des drogues, suivez les consignes de sécurité’ et ‘si vous avez des problèmes, contactez les services spécialisés’.

Le travail de proximité en institutions

Le travail de proximité en institutions comprend surtout la formation et l’éducation d’autres professionnels, en organisant des échanges entre eux (Stimson *et al.*, 1994) et en modifiant les attitudes courantes à l’égard des usagers de drogues et des marginaux en général. Cela comprend aussi des interventions dans lesquelles les intervenants de proximité vont entrer en contact avec les usagers de drogues qui sont dans des institutions comme la prison. Ce type de travail de proximité est surtout développé pour les usagers des drogues ‘classiques’ mais doit relever un défi important en ce qui concerne les ‘nouvelles’ drogues.

L’information politique

Beaucoup de projets de proximité font de la collecte de données auprès de leurs populations cibles et des nouveaux groupes cibles potentiels. Avec leurs observations de terrain, ces données peuvent servir à informer les décideurs politiques locaux et nationaux et les instances de soins. Les intervenants de proximité peuvent aussi faire revenir leurs données vers les services socio-sanitaires existants pour leur permettre d’identifier les besoins des usagers et les perceptions que les usagers ont de ces services.

La prestation de services et la recherche

Certains projets de proximité associent la prestation de services et la recherche. Cela peut avoir à la fois des effets négatifs et positifs sur les objectifs poursuivis. Bien que la recherche ethnographique et le travail de proximité en institutions puissent se recouper, particulièrement pour les projets pilote ou expérimentaux, ils peuvent aussi impliquer des priorités différentes. Une recherche est en général limitée dans le temps, elle travaille avec des questions et des objectifs clairement formulés et elle assume peu de responsabilités si ce n’est des considérations éthiques générales. Ceux qui ont dû endosser les deux fonctions à des moments divers reconnaîtront l’impatience du chercheur et les réserves des intervenants sur la façon de démarrer les contacts, tout comme la frustration de l’intervenant qui voit les chercheurs arriver sur le terrain et en sortir, sans tenir compte des effets à long terme des services et de la réalisation des objectifs. Les projets américains ‘éducation et eau de javel’ sont l’illustration de ces difficultés¹⁵. Le désaveu d’Adler (1985) de sa propre recherche ethnographique, qu’il caractérise comme ‘se prostituer pour des données’, est particulièrement éloquent, de même que le sentiment de certains intervenants de ‘gagner leur croûte sur la misère des autres’.

Malgré ces divergences, il y a aussi bien sûr beaucoup de points similaires dans les expériences des chercheurs et des intervenants. Dans la façon dont ils utilisent la méthode boule de neige dans les réseaux d’usagers cachés, dont ils font du travail de rue, dont ils observent les espaces publics et les zones de deal et y participent, les chercheurs et les intervenants de proximité font en général l’expérience des mêmes contraintes et encourent les mêmes risques.

¹⁵ ‘Bleach and teach’ : ces projets répondaient à l’interdiction de distribuer des seringues stériles, en proposant de l’eau de javel aux UDVI et en leur apprenant comment stériliser les seringues usagées.

Les objectifs définis au niveau national

La plupart des Etats-membres de l'Union Européenne ont défini certains objectifs pour le travail de proximité (voir Tableau 4), à l'exception de l'Autriche, la Belgique, la France, l'Espagne et la Grande-Bretagne qui ne se sont pas donnés d'objectifs dans ce domaine pour des raisons différentes. La France par exemple, n'a pas défini d'objectifs à l'échelle nationale, mais dans le cadre de projets de proximité locaux ou régionaux. De même l'Espagne n'a pas non plus d'objectifs nationaux et c'est probablement parce que ce pays est organisé en communautés autonomes qui peuvent diverger dans la manière de définir le travail de proximité. Il en va de même pour la Belgique avec ses communautés flamande et francophone et pour la Grande-Bretagne (où le travail de proximité est défini différemment en Angleterre, Écosse, Pays de Galles et Irlande du nord).

Là où des objectifs de travail de proximité ont été définis au niveau national, ils comprennent en général d'identifier et d'entrer en contact avec les populations difficiles à atteindre, de diriger les usagers vers d'autres services et de faire la promotion de gestes de sécurité pour la consommation de drogues et les relations sexuelles. Plus de la moitié des pays ont également des initiatives de prévention ciblée et de réduction de la demande. Un objectif supplémentaire – identifier les besoins des usagers et leurs perceptions des services de soins spécialisés, et renvoyer les données à ces services – est seulement cité en Grèce, aux Pays-Bas et en Norvège.

Ces données doivent cependant être interprétées avec précautions pour plusieurs raisons :

- l'étude dont elles sont issues n'est qu'une première étape pour explorer le champ du travail de proximité en Europe ;
- les questions posées aux informateurs-clés étaient ouvertes à des interprétations personnelles ;
- les pays peuvent avoir des raisons différentes pour ne pas se fixer certains objectifs.

TABLEAU 4 : LES OBJECTIFS DE PROXIMITE DEFINIS AU NIVEAU NATIONAL

PAYS	Objectifs définis à l'échelle nationale	Identifier et atteindre les populations cachées	Identifier les besoins des usagers, leur perception des services et les faire connaître	Développer l'accès aux services et leur prise en charge	Proposer des services et une prévention adaptés et réduire la demande	Promouvoir la sécurité des modes de consommation des drogues et des relations sexuelles
Allemagne	oui	oui	non	oui	oui	oui
Autriche	non	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Belgique Flamande	non	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Francophone	oui	oui	n.r.	oui	oui	oui
Danemark	oui	oui	ambigü	ambigü	ambigü	non
Espagne	non	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Finlande	oui	oui	non	non	non	non
France	non	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Grèce	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Irlande	oui	oui	non	oui	oui	oui
Italie	oui	oui	non	oui	oui	oui
Luxembourg	oui	non	non	oui	non	oui
Norvège	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Pays-Bas	oui	oui	oui	oui	non	oui
Portugal	oui	non	non	oui	non	oui
Royaume-Uni	non	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Suède	Pas d'information disponible					

(n.r. = non réponse)

Malgré ces limites, on peut tenter de tirer une conclusion. Une homogénéité relative existe entre les pays. Identifier et atteindre les populations 'cachées' et les diriger vers les services existants sont des objectifs largement reconnus. Les interventions de réduction des risques du sida, associées à la prévention et la réduction de la demande sont reconnues en Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Norvège et Grande-Bretagne. Certains pays comme le Danemark et la Finlande semblent donner davantage d'importance à la réduction de la demande, alors que le Luxembourg et les Pays-Bas insistent sur la réduction des risques et des dommages. D'un autre côté, en tenant compte des groupes cibles effectivement contactés par un travail de proximité, la Finlande ne semble pas vraiment mettre en place un travail de proximité qui rejoigne les usagers des drogues 'classiques' ou des 'nouvelles' drogues (voir Tableaux 2 et 3), alors que le Danemark semble principalement cibler les 'nouvelles' drogues dans une perspective de réduction de la demande.

L'objectif de noter les besoins et les perceptions des usagers de drogues en ce qui concerne les services spécialisés, de façon à améliorer ces services, est davantage l'exception que la règle. Cela semble étrange, puisqu'on peut présumer que toutes les institutions doivent identifier les besoins de leurs usagers et leurs perceptions de façon à légitimer leur propre existence et renforcer leur efficacité. Une telle information faciliterait également l'envoi des usagers vers ces services, tâche que l'on attribue largement au travail de proximité.

A partir de ces données, il est difficile de déterminer pourquoi les besoins et perceptions des usagers ne sont pas, de fait, un objectif généralement défini pour le travail de proximité. Les services sont peut-être présumés connaître déjà les besoins de leurs usagers potentiels, peut-être que ces besoins ne sont pas considérés comme très importants, ou peut-être qu'on considère que ce n'est pas le rôle du travail de proximité de fournir cette information. C'est une question importante à tous égards, avec des implications évidentes pour la place du travail de proximité dans l'ensemble du secteur des services spécialisés.

LES METHODES DE TRAVAIL

Les méthodes de travail utilisées par le travail de proximité sont diverses et peuvent provenir de différents modèles de prise de contact et d'intervention. On peut cependant reconnaître dans la pratique beaucoup d'éléments semblables dans la façon dont les intervenants de proximité approchent leurs groupes cibles et communiquent avec eux. L'une des différences qui ressort le plus entre les méthodes de proximité et celles qui s'appliquent aux patients hospitalisés ou à ceux des services ambulatoires est que le contact est pris dans l'environnement 'naturel' des usagers de drogues et à l'initiative de l'intervenant (bien que cela puisse changer quand des contacts plus durables ont été mis en place). La plupart du travail de proximité se pratique en dehors du cadre normal des services, des horaires de travail et des autres dispositions conventionnelles de travail.

Le chapitre 1 distinguait trois types de méthodes de travail : travail de rue, au domicile des usagers et en institutions. Le travail de rue est le plus courant dans l'Union Européenne où la plupart des pays pratiquent cette méthode fréquemment ou régulièrement (voir Tableau 1, au chapitre 1). Le travail de proximité en institutions est en général moins courant : seule la Grande-Bretagne le pratique fréquemment et six pays le font rarement. Le travail de proximité au domicile des usagers est le moins courant, pratiqué fréquemment au Danemark et en Grande-Bretagne seulement, alors qu'il n'est pas du tout pratiqué dans les pays du sud de l'Europe. En Finlande, Grèce et Portugal, le travail de proximité n'est encore généralement pas du tout pratiqué par les services de toxicomanie.

Ce n'est pas seulement la façon dont les contacts sont pris dans le travail de proximité mais aussi la nature de ces contacts qui diffère des autres services proposés aux usagers de drogues. Les méthodes du travail de proximité visent rarement des relations thérapeutiques ou un travail social à long terme comme c'est le cas des services spécialisés plus traditionnels. Cela ne signifie pas que les intervenants de proximité n'ont qu'un seul contact avec chaque usager de drogues mais plutôt que les contacts ne sont pas réguliers, dans le sens où ils n'ont pas lieu à des horaires fixes ou dans les mêmes lieux de rencontre. L'efficacité d'une prestation de services de proximité dépend au contraire de contacts stables et fiables pris dans la rue ou auprès de groupes.

Rhodes *et al.*, (1991a) estiment que le travail de proximité est plus efficace quand on utilise des stratégies de contact directes, 'agressives'. Ils suggèrent qu'on devrait donner priorité à des contacts 'froids', provenant de sources sûres, afin de pouvoir faire face à l'augmentation du nombre de clients et de cas qui en résulte. Cette proposition, même si elle est certainement valable pour des approches dans un réseau communautaire, montre une priorité de recherche qui peut sous-estimer la complexité de la position d'un intervenant de rue¹⁶.

Travail en réseau et travail individuel

A la fin des années 80, la plupart des interventions de proximité ont tenté de changer les modes de vie individuels, plutôt que de provoquer un changement collectif, communautaire ou social (Rhodes *et al.*, 1991a). Depuis lors, on s'est intéressé de plus en plus aux réseaux communautaires ou sociaux des usagers de drogues. Il n'est pas surprenant que le débat sur cette question soit plus courant dans les pays où la pratique de proximité est plus ou moins établie. L'approche communautaire y était en fait déjà visible à la fin des années 60 dans le travail de développement communautaire et

¹⁶ La vigueur avec laquelle ce point de vue est défendu peut venir de la consternation ressentie par quelques chercheurs dans certains projets anglais sur le sida vers 1990, où beaucoup d'occasions de contacts ont été perdues à cause d'un travail de proximité de rue mal conduit.

dans le travail auprès des jeunes. En 1994, 'le travail de proximité communautaire' s'est propagé en Grande-Bretagne comme modèle d'une nouvelle pratique, bien que pour les intervenants cela ne semblait pas un concept nouveau.

Dans la pratique courante, la distinction entre travail de proximité individuel et communautaire peut sembler théorique, artificielle ou même absurde. Cette distinction est pourtant importante car elle modifie les objectifs et les méthodes de travail. Pour certains, comme Stimson *et al.* (1994), le travail de proximité doit encore se développer par plus de 'proximité communautaire', apportant le changement dans l'ensemble des groupes d'usagers et des réseaux individuels, plutôt que dans des interactions individuelles.

Bien qu'il existe une sorte de consensus général sur le fait que le travail de proximité devrait suivre une approche tournée vers les réseaux sociaux, la définition du concept de 'réseau communautaire' n'est pas claire. Jusqu'à quel point, par exemple, ce concept peut-il s'appliquer aux 'scènes' d'héroïne ?

La critique des méthodes de proximité individuelle peut se résumer brièvement ainsi : en se basant sur des contacts individuels, elles ne prêtent pas une attention suffisante au contexte social dans lequel se trouvent les comportements à risques, ni aux obstacles existants ou aux possibilités de changer ces comportements. En d'autres mots, pour être efficaces, les interventions sociales spécifiques doivent chercher à changer les normes des groupes, en s'appuyant sur une volonté commune de résoudre les problèmes et sur une dynamique sociale. D'après les critiques, le travail de proximité individuelle peut seulement progresser vers des améliorations dans sa population cible de façon 'arithmétique'. Il lui manque de tenir suffisamment compte de l'influence des éléments qui sont à la base de l'interaction humaine, comme les réseaux de famille et d'amis, l'environnement professionnel ou tout autre groupe d'affinité et d'intérêt.

Il y a des limites inhérentes à favoriser et développer le changement des comportements quand les 'choix' sont limités par des contextes de situations, telles que des relations personnelles et sociales trop intimes (Rhodes, 1993). On dit qu'une des limites du travail de proximité individuelle réside dans la relation entre intervenant traditionnel et usager. Les usagers de drogues des 'populations cachées' peuvent souvent évoquer dans leur passé des interactions désastreuses avec des professionnels venus les aider. Avant d'entrer en contact avec les usagers, ils doivent croire que leur histoire sera entendue. Pour cela, on a souvent recours à ce qu'on appelle des 'leaders d'opinion' qu'on choisit particulièrement pour leur expérience et leurs réseaux dans les scènes de drogues.

Ce genre de critiques des programmes de prévention centrés sur l'individu a été exprimé par Trotter, Bowen et Potter (1995), ainsi que par Stimson *et al.* (1994) et Rhodes *et al.* (1991a). Bien que les contacts individuels dans le travail de proximité puissent avoir quelques succès, ils semblent limités dans leur capacité à favoriser et soutenir le changement de comportements. Cela demande de passer d'une promotion de la santé qui prône le changement personnel à des mesures qui tentent de provoquer des changements sociaux et communautaires (Rhodes, 1993 ; Friedman, 1992).

Les approches communautaires s'intéressent aux usagers de drogues dans leur propre 'scène', 'communauté' ou 'réseau', ainsi qu'aux 'communautés' plus larges que sont la famille, le réseau social étendu ou la communauté locale.

LES 'TÊTES DE PONT' ET LE RESEAU ELARGI

Le travail de proximité qui s'appuie sur le réseau communautaire s'efforce de prendre des contacts avec des usagers individuels, des réseaux étendus et des 'communautés' par des informateurs clés issus du terrain ou des leaders d'opinion. Ce travail suit la trace des relations sociales existantes de façon à ce que, une fois que les quelques premiers individus ont été contactés, ce groupe s'élargisse de lui-même. En ce qui concerne le sida, les individus qui sont liés avec différents réseaux ou qui sont des passerelles entre eux peuvent former des 'têtes de pont' pour l'infection en diffusant le sida vers d'autres réseaux. Si ces personnes peuvent être contactées par un travail de proximité, elles peuvent également devenir des 'têtes de pont' pour la prévention.

Des usagers de drogues bénévoles (ou des 'pairs') sont intégrés au travail de proximité pour diffuser dans leur vie quotidienne des gestes de sécurité (Bolton et Walling, 1993). Un travail de proximité orienté sur le réseau communautaire peut amener un changement - indépendamment de l'éventualité que les usagers de drogues soient également en contact avec des services fixes, basés dans un bureau - par des conseils de prévention et des gestes de sécurité diffusés selon une distribution en pyramide, avec des messages circulant à travers les réseaux.

Dans le modèle de travail de proximité communautaire du 'leader local', développé à Chicago par Wiebel (1988), des usagers de drogues ont fait passer des messages de prévention. Si cela nécessite un changement du comportement personnel, cela leur donne aussi un statut et fournit des normes par lesquelles les leaders d'opinion peuvent effectuer ces changements. Le changement des idées communément répandues est la cible visée, plutôt que celui des individus. Des techniques de réduction des risques et toute autre information sont diffusées selon les principes de la 'diffusion en réseau'. Des messages crédibles sont transmis à travers des réseaux sociaux qui auraient autrement facilité la

transmission physique du sida ou de l'hépatite C. Les groupes d'autosupport anglais, le Junkiebond hollandais et quelques projets allemands sur le sida pourraient être appelés des modèles d'action ou de mobilisation communautaire.

Le modèle communautaire plus large déplace ainsi son objet des individus vers les réseaux sociaux et communautaires, définis selon des critères spécifiques qui s'appuient sur ce qui est familier au premier abord. Quand on travaille particulièrement avec des groupes spécifiques d'usagers de drogues d'origines culturelles différentes, le travail de terrain s'est montré être une méthode efficace.

LE CONCEPT DE RESEAU COMMUNAUTAIRE

Une approche communautaire est très complexe, comme le montrent l'hétérogénéité des populations cachées d'usagers de drogues et la diversité des réseaux communautaires où ils vivent. Au niveau théorique se poursuit un débat sur la façon de définir le 'réseau communautaire'. Si certains chercheurs mettent l'accent sur l'importance des réseaux communautaires ou des 'scènes', d'autres insistent davantage sur les aspects relationnels. Le travail d'Augé (1995) présente un point de vue très utile sur l'importance des 'non-places' que sont les gares, les lieux de restauration rapide et les immeubles abandonnés où dominant à la fois un sentiment de communauté et d'anti-communauté. Cohen (1995) montre d'un autre côté la nature imprécise du concept de communauté, le définissant plutôt comme un concept relationnel – les initiés étant surtout définis par rapport à ceux qu'on considère comme des étrangers.

Etant donnée l'importance accordée au 'travail de proximité communautaire' dans les recherches de l'Europe du nord, le besoin le plus urgent est d'identifier plus précisément ce que sont les 'réseaux communautaires' et de déterminer s'ils sont plus que des structures complexes qui se chevauchent, définies principalement en termes de normes, valeurs et pratiques quotidiennes partagées. Dans le cas particulier des 'réseaux communautaires de drogue', la diversité des systèmes d'opinion rencontrés dans les réseaux et l'absence de toute identité politique et sociale spécifique (malgré les effets de l'illégalité et de la marginalisation) posent problème. Les réseaux communautaires de drogue ne sont pas des entités passives, aux limites précises, traditionnelles, préexistantes, mais se recréent continuellement, souvent en réaction à ceux qu'on définit comme 'les autres', et peuvent même aussi se recréer en réponse au type de travail de proximité proposé.

LES RESEAUX COMMUNAUTAIRES ET LES USAGERS DES DROGUES 'CLASSIQUES' : VIH ET SIDA

Jusqu'à maintenant, la prévention de la transmission sexuelle du sida parmi les usagers injecteurs et leurs partenaires a eu peu de succès, que ce soit en tant que composante d'un travail de proximité sur les drogues ou en tant qu'intervention ciblant spécifiquement les comportements sexuels. Même si les usagers de drogues en tant que groupe 'expert' dans leur scène se sont montrés capables de modifier et adapter leur consommation de drogue quand les normes de leur subculture changeaient, ils ne semblent pas capables d'adapter leurs comportements sexuels à risques de la même façon. D'autres groupes à hauts risques, comme les homosexuels, semblent présenter les mêmes difficultés, en dépit d'interventions de proximité rigoureuses dans les lieux de haute prévalence. Les prostituées, qui ont apparemment réussi à imposer l'emploi de préservatifs, ont tendance à être moins cohérentes dans les relations sexuelles avec leurs propres partenaires.

Il est probable que la plupart des intervenants de proximité en toxicomanie se sentent plus à l'aise en diffusant des messages de prévention contre les risques du sida liés au matériel d'injection ou à l'échange de seringues, qu'ils ne le sont en abordant l'emploi du préservatif ou tout autre sujet sexuel. Les intervenants de proximité comme les usagers de drogues trouvent sans doute que la sexualité est un sujet de communication plus délicat et privé. Alors qu'il a été de toute évidence à la fois plausible et efficace de diffuser des messages de prévention mobilisant les réseaux relationnels de la drogue qui risquaient de transmettre le sida, mobiliser les réseaux sexuels semble une tâche plus complexe.

LES RESEAUX COMMUNAUTAIRES ET LES USAGERS DES 'NOUVELLES' DROGUES

La distinction entre approches communautaires et individuelles est également utile pour les interventions dirigées vers les usagers des 'nouvelles' drogues.

Dans les cinq dernières années, les efforts de réduction de la demande et de réduction des risques liés à la consommation des drogues de synthèse se sont centrés particulièrement sur le travail de proximité et sur l'éducation par les pairs, qui se sont révélés être les plus efficaces. Pour beaucoup de projets de travail dans les scènes de danse, le mode d'expression principal, du moins au départ, a été la diffusion de prospectus et autres supports qui sont certes un premier pas important mais restent de simples outils. Il y a un consensus professionnel sur le fait que le contact personnel est le moyen le plus efficace de transmettre un message. Comme le faisait remarquer un intervenant belge : 'Quand les gens sont intéressés, ils viennent et posent des questions. Avoir des dépliants et des prospectus, c'est bien, mais il vaut mieux parler' (EMCDDA, 1997).

Le fait que beaucoup de services aient une approche d'éducation par les pairs semble confirmer la montée croissante du succès de cette méthode. Un travail de proximité mené seulement par des intervenants salariés est considéré comme insuffisant. Que ce soit pour la crédibilité comme pour l'aspect pratique, l'implication des pairs est essentielle. Une prise en charge de plus en plus cohérente de la jeunesse implique que les messages et les messagers soient également cohérents et crédibles pour avoir une chance d'être acceptés (Shiner et Newburn, 1996). De plus, des petits services avec un ou deux intervenants ne peuvent pas espérer couvrir l'ensemble d'une scène ni la foule des jeunes qui se rassemble lors d'une rave importante.

Il reste la question de savoir si le concept de réseau communautaire peut aussi s'appliquer au travail de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues. Certains pensent que le travail de proximité et le travail de rue traditionnels ne conviennent pas aux clubs bruyants où le groupe cible vient chercher du plaisir et pas des conseils (McDermott, 1993 ; Rhodes, 1991). McDermott *et al.* (1992) suggèrent qu'il ne s'agit pas vraiment d'une population à risques et qu'elle n'est pas non plus particulièrement difficile à atteindre. Ce point de vue n'est cependant pas universel et part d'un concept plutôt étroit de ce qu'on appelle le travail de proximité de rue. Il y a certainement une frustration face à l'incapacité ou à l'échec des services traditionnels de drogue à comprendre et répondre plus rapidement à la culture des raves. Mais on peut noter quelques exceptions comme *Lifeline Project* à Manchester et le service de traitement *Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze (Ser.T)* à Padoue, qui est devenu un centre italien d'expertise.

Les services de proximité dirigés vers les consommateurs des 'nouvelles' drogues sont cependant rares et peu nombreux, tout comme les estimations faites sur les comportements à risques de cette population. Des études dans ce domaine (Fromberg, 1995 ; Nabben et Korf, 1997) montrent que les usagers des 'nouvelles' drogues enregistrent toute nouvelle information et la partagent autour d'eux. Le développement des groupes d'autosupport en Europe en est une preuve (Fromberg, 1995). Cette tendance semblerait montrer la nécessité de développer un travail de proximité en réseaux dans ce domaine également. Par ailleurs, on peut également imaginer un travail de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues qui s'appuie davantage sur les lieux que sur les réseaux communautaires.

CONCLUSION

Le travail de proximité est encore dirigé principalement vers les usagers des drogues 'classiques'. Les activités de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues, qui mettent l'accent sur la réduction de la demande, semblent être plus fréquentes dans les pays du nord que dans le reste de l'Europe. A ce jour, c'est en Grande-Bretagne que les initiatives de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues, dans une perspective de réduction de la demande, ont été les plus nombreuses. Dans l'ensemble de l'Union Européenne, quatre objectifs majeurs de travail de proximité semblent avoir été définis au niveau national :

- identifier et contacter les populations cachées ;
- diriger ces populations vers les services de soins existants ;
- mettre en place des activités visant la prévention et la réduction de la demande ;
- faire la promotion d'une meilleure gestion des risques dus aux relations sexuelles et à la consommation de drogue.

Un objectif supplémentaire, défini à l'échelle nationale de seulement trois pays de l'Union Européenne, est d'identifier les besoins et les perceptions des usagers de drogues à l'égard des services de soins existants, puis de transmettre en retour cette information à ces services. Cela permet de faire avancer la réflexion et d'améliorer grandement l'efficacité et la coordination des services de soins en toxicomanie.

Il pourrait s'avérer utile de poursuivre le débat sur la distinction entre méthodes de travail communautaires et individuelles et sur la question de savoir si la notion de réseau communautaire peut s'appliquer aux usagers des drogues 'classiques' et des 'nouvelles' drogues, car les différences entre ces deux types d'usagers ont des effets majeurs sur l'avenir du travail de proximité. Concernant le travail de proximité auprès des usagers des drogues 'classiques', le débat est centré autour de deux questions : est-il plus efficace de contacter les populations cachées pour tenter d'améliorer leur accès aux centres de traitement existants et aux services de soins ? Ou bien vaut-il mieux les contacter dans le but de développer l'éducation à la santé, la prévention et même des services de traitement dans leurs réseaux communautaires, à l'intérieur de leur environnement social et des quartiers fréquentés par les usagers injecteurs, là où se situent la prise de drogues et les comportements à risques (Rhodes *et al.*, 1991a) ?

Pour ce qui est des usagers des 'nouvelles' drogues, ce ne sont pas tant les objectifs des interventions de proximité qui diffèrent, mais les caractéristiques du groupe cible et des lieux de consommation, ce qui implique des méthodes de travail radicalement différentes. En comparaison des efforts menés auprès des usagers des drogues 'classiques', le travail de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues en est encore à ses premiers pas. Un des aspects les plus insolubles du changement de comportement, en réponse au travail mené en direction des deux types d'usagers, est la prévention des relations sexuelles à risques. Cela peut en partie s'expliquer par le fait que les comportements sexuels touchent aux limites des groupes cibles. La promotion de gestes de sécurité dans les relations sexuelles dans la population générale, même si elle n'est pas facile, représente donc un besoin toujours urgent.

3 Le contexte organisationnel du travail de proximité

**LES SYSTÈMES DE SUIVI
DES DONNÉES**

**LE TRAVAIL DE PROXIMITÉ
ET LE DOMAINE DES DROGUES**

**LES TYPES D'INTERVENANTS
DE PROXIMITÉ**

**LA FORMATION, LE SUIVI
ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL**

CONCLUSION

LES SYSTEMES DE SUIVI DES DONNEES

Différents types d'organismes, allant de services isolés à des cadres institutionnels plus importants, pratiquent du travail de proximité, avec des intervenants venant de diverses disciplines (y compris des éducateurs, des travailleurs sociaux et des infirmiers), qui peuvent être des professionnels, des bénévoles ou des pairs. Les sources de financement varient également, des subventions nationales ou municipales aux aides caritatives et aux groupes d'autosupport sans aucun soutien financier. Pour être efficaces, les services de proximité ont besoin d'équipes de travail compétentes et d'un cadre organisationnel efficace. Comme ces services ont une durée de vie relativement courte en tant qu'associations 'professionnelles', ils doivent souvent fonctionner avec des sources de financement incertaines, limitées dans le temps et insuffisantes. C'est pourquoi, du point de vue organisationnel, beaucoup de services de proximité rencontrent encore bien des difficultés et travaillent tant bien que mal pour se faire reconnaître en tant qu'organisations 'professionnelles'.

LE TRAVAIL DE PROXIMITE ET LE DOMAINE DES DROGUES

À l'origine, la plupart des services de proximité n'étaient pas constitués d'associations isolées mais représentaient des activités secondaires d'un organisme plus important (voir Tableau 5). Dans presque tous les États membres de l'Union Européenne qui ont donné une information sur ce point, les services qui mettent en place un travail de proximité font partie de centres de toxicomanie. C'est également le cas de beaucoup de services qui travaillent auprès des jeunes, sauf au sud de l'Europe semble-t-il, mais on retrouve un lien particulier avec des centres de soins dans les pays du nord-ouest. Un travail de proximité à l'intérieur de services locaux plus larges se trouve surtout dans les pays du sud de l'Europe. Le travail de proximité organisé sous la forme de groupes d'autosupport, soit indépendants, soit à l'intérieur d'un groupe d'autosupport déjà existant (comme AIDS) n'est pas très courant. L'absence relative d'activités de proximité dans ces groupes peut être attribuée à la nature du groupe cible concerné, les usagers des drogues 'classiques'. Parmi beaucoup d'autres facteurs, les difficultés qu'ils ont à survivre dans un monde d'activités illicites ne sont pas particulièrement favorables pour mettre en place des groupes d'autosupport. Plus récemment, quelques projets sur les 'nouvelles' drogues ont été lancés par des usagers eux-mêmes.

TABLEAU 5 : LES OBJECTIFS DE PROXIMITE DEFINIS AU NIVEAU NATIONAL

PAYS	ORGANISATION						
	faisant partie d'un centre						indépendante
	Centre de toxicomanie	Centre de soins	Centre pour les jeunes	Centre social	Centre local	Groupes d'autosupport	Groupe d'autosupport
Allemagne	x					x	x
Autriche	x		x	x			
Belgique Flamande	x		x				
Francophone			x		x		
Danemark	x	x	x				
Espagne	x				x		
Finlande		x	x	x			
France	x		x				
Grèce	Pas d'information disponible						
Irlande	x	x	x				
Italie	x						
Luxembourg	Pas d'information disponible						
Norvège	Pas d'information disponible						
Pays-Bas	x	x	x				
Portugal	x				x		
Royaume-Uni	x	x	x				
Suède	Pas d'information disponible						

En dépit de la diversité des types d'organisation, on peut définir un certain nombre de conditions préalables pour que des services de proximité soient efficaces. Il ne faut cependant pas oublier que la plupart des activités de proximité démarrent sans avoir défini un projet précis. Autrement dit les préparatifs, l'organisation et la mise en œuvre ne se déroulent pas en suivant une série d'objectifs déterminés, une étude détaillée, un projet défini et construit, incluant une évaluation. Il est pourtant nécessaire, maintenant que le travail de proximité est reconnu comme une activité organisée dans le domaine de la toxicomanie, de réfléchir plus profondément à ces aspects organisationnels.

Dans toute activité de proximité, on peut distinguer deux aspects organisationnels intimement mêlés :

- l'organisation interne (c'est à dire les structures de gestion, la gestion du personnel et des bureaux) ;
- l'organisation externe (établir des relations avec les décideurs politiques, les sources de financement, les autres services en toxicomanie et le réseau plus large).

L'organisation interne

Une bonne connaissance et une expérience suffisante des groupes cibles choisis sont essentielles car les services de proximité doivent être les plus compétents possibles, les mieux informés, sans toutefois porter de jugement dans les relations avec les contacts potentiels et les clients. Les diverses composantes des activités des usagers de drogues doivent avoir été décomposées, pour comprendre ce qui constitue la vie d'un usager de drogues, en tant que personne (Ehrenberg (ed.), 1992 ; Power, 1994). Les mesures de réduction des risques sont mieux appliquées quand ceux qui les planifient et les mettent en œuvre comprennent parfaitement les formes, les types et les modes de consommation de drogue, ainsi que les rôles et fonctions de tous les protagonistes.

Il est également nécessaire d'avoir une connaissance empirique du milieu social autour duquel évolue la consommation de drogues. Comment les usagers de drogues s'organisent, s'expriment et se représentent-ils eux-mêmes et quelles sont les règles d'entrée ? Qui consomme quoi et où, et comment ces modèles de consommation sont-ils perçus ? Quelle forme d'apprentissage est nécessaire et dans quels quartiers et quels endroits les usagers se rencontrent-ils ? Quelles hiérarchies et quelles relations de pouvoir peut-on identifier et jusqu'à quel point des

personnes de l'extérieur, des professionnels du travail de proximité ou des intervenants issus du milieu seront-ils acceptés ou rejetés ? Ce sont des questions essentielles pour tout service de proximité. Le point de départ de toute activité, à la fois au niveau des politiques et sur le terrain, est la reconnaissance de l'expertise des usagers de drogues et l'absence de condescendance.

Les activités de proximité nécessitent des structures de gestion transparentes et des gestionnaires bien informés, avec des responsabilités clairement définies. Il faut établir avec précision les procédures de recrutement, de mise en route, de soutien et de suivi, étant donné la nature diffuse et imprévisible du travail et la difficulté d'obtenir des données précises. Les instances de gestion et de financement doivent également avoir conscience du temps nécessaire (un à deux ans) pour que les projets se mettent en place avec des modèles de travail durables et des stratégies de proximité. Dans certains pays, les organisateurs ont pu s'appuyer sur l'expérience des modèles de travail auprès des personnes qui ont un handicap mental (Barrow *et al.*, 1991). Ainsi des clients ont-ils été individuellement impliqués dans la prévention ou dans des services de soins qui ne les auraient normalement pas recherchés de leur propre initiative. Des modèles plus larges d'éducation par les pairs se sont également montrés utiles aux organisateurs pour évaluer l'importance de leurs mesures – ou de leur absence de mesures – en vue d'un travail de proximité auprès d'usagers de drogues. Puisque la majorité des services de proximité font partie d'un organisme plus large, les relations entre les activités de proximité et les autres services fournis par cet organisme doivent être soigneusement étudiées car des tensions inattendues peuvent se produire.

Yates et Gilman (1990) de Lifeline à Manchester ont établi une liste des mesures à prendre en compte par les services de toxicomanie, dont les intervenants de proximité peuvent se servir pour organiser leur travail. Elle comprend l'échange de matériels d'injection, la prescription de produits de substitution, un lieu d'hébergement d'urgence, la proximité géographique, une équipe accueillante, des conseils juridiques, des soins de base, des conseils de prévention, des conseils de qualité, une information sur les droits à la santé et même sur des activités de loisir ou d'éducation. Les intervenants de proximité peuvent être des soutiens ou des 'guides' pour faciliter l'accès à d'autres services, traduire le jargon professionnel et expliquer comment les différents services fonctionnent entre eux.

Des ressources suffisantes - financières, juridiques et en main d'œuvre – et une définition claire de ce qu'implique le travail de proximité sont des conditions nécessaires pour réussir une intervention. Il est important que les mesures de sécurité soient incluses dans chaque projet, par égard pour les clients et les intervenants, et il doit y avoir un suivi régulier et systématique des clients contactés et des services proposés. Les intervenants doivent avoir des consignes de sécurité et une assurance, des consignes pratiques de travail ainsi qu'un suivi adapté, une formation et des possibilités de retour et de relecture de leur travail.

L'organisation externe

L'organisation externe du travail de proximité – ses relations avec l'environnement - est tout aussi importante. Le travail de proximité a été défini comme un service important et complémentaire dans le domaine des drogues. C'est particulièrement vrai des activités de proximité auprès des usagers des drogues 'classiques'. Les services de proximité ne sont pas isolés : leur nature et leur forme dépendent du cadre plus large dans lequel ils fonctionnent. Ce cadre comprend d'autres services de toxicomanie (en relations 'verticales' ou en coordination avec les différents services concernés par le traitement de la toxicomanie), le contexte organisationnel plus large (en relations 'horizontales', comme les contacts avec les services de santé mentale, la police, le système judiciaire et les institutions de santé), le réseau communautaire dans lequel les services de proximité travaillent et les sources de financement.

LES RELATIONS VERTICALES

Pour tout service de proximité, il est d'une extrême importance de déterminer les objectifs de l'organisation et d'acquérir les informations et la connaissance nécessaires sur les populations cibles. Cela permettra de s'assurer que le temps et l'énergie ne seront pas détournés vers des priorités secondaires. Les objectifs identifiés doivent s'appuyer sur une exacte représentation de la scène locale de drogues ('mapping'). Avant de mettre en place des interventions de proximité, il faut passer en revue les services existants, leur accessibilité et leur aptitude à prendre en charge le groupe cible désigné. Cet état des lieux ne va pas seulement mettre en relief les lacunes des services

proposés mais permettra aussi de déterminer quels services existants ne conviennent pas aux clients potentiels. Le problème n'est pas toujours que les usagers de drogues ne peuvent pas formuler leurs besoins ; il y a aussi ceux qui évitent délibérément les services parce qu'ils ne croient pas qu'ils correspondent à leurs besoins. Si cela s'avère être le cas, il ne sert pas à grand chose d'améliorer ces services (Rhodes *et al.*, 1991a ; Rhodes, 1994b).

Les relations verticales, ou le travail en réseau, sont un objectif largement reconnu, même s'il n'est pas facile à réaliser. Quand les ressources sont limitées et que les cultures institutionnelles et professionnelles ont des approches divergentes (la recherche de l'abstinence face à la réduction des risques par exemple), des difficultés peuvent surgir. Il faut établir une distinction entre les relations institutionnelles et les relations de travail dans la rue, par exemple lorsque différents types d'intervenants de proximité ou d'activités de proximité se croisent. Le risque de formaliser les relations verticales est que cela peut rendre les réseaux institutionnels trop lourds, prenant ainsi une partie du temps et des ressources financières. Les relations verticales doivent être gérées de façon créative, avec un coût qui soit le plus faible possible.

LES RELATIONS HORIZONTALES

La plupart des pays mettent en place des changements généraux dans leurs services sanitaires et sociaux, caractérisés dans bien des cas par une décentralisation de la politique et du financement qui passe du niveau national au niveau municipal ou local.

Cette tendance a des conséquences directes sur le travail de proximité en offrant davantage de possibilités de répondre aux besoins locaux, mais en créant souvent des contraintes financières des pressions plus fortes pour évaluer l'efficacité des services de toxicomanie et donc du travail de proximité. Cela exige en retour plus de professionnalisation et plus d'attention à des tâches telles que la saisie des données pour l'évaluation. Le travail de proximité est également influencé par la tendance actuelle d'accorder davantage d'attention aux 'nouvelles' drogues et aux traitements ambulatoires, en opposition aux services résidentiels.

Un des objectifs essentiels du travail de proximité est de réussir à ce que l'ensemble des soins proposés correspondent pour le mieux à la demande de soins des usagers de drogues, telle qu'elle s'exprime. Par extension, les intervenants de proximité doivent s'assurer que les services existants sont adaptés aux besoins de leurs clients. La tâche première et exclusive des intervenants de proximité n'est cependant pas, comme certains le pensent, de diriger les usagers de drogues vers les institutions existantes. Le travail de proximité constitue aussi un mode d'action 'autonome', avec ses méthodes propres pour aider et soutenir les usagers de drogues.

LES TYPES D'INTERVENANTS DE PROXIMITE

On peut distinguer trois types d'intervenants de proximité :

- les professionnels;
- les intervenants issus du terrain ou les 'pairs';
- les bénévoles.

Les professionnels

Les professionnels ont des emplois salariés et remplissent les exigences de leur travail sur la base d'une compétence professionnelle. Dans la pratique, le terme de 'travail de proximité' recouvre les activités des professionnels qui peuvent, soit visiter parfois leurs clients chez eux, soit être chargés exclusivement ou principalement d'un travail de rue. Il n'existe pas en règle générale de formation éducative spécifique pour le travail de proximité et ce travail n'appartient pas non plus à une discipline particulière. Les professionnels du travail de proximité ont une formation et un passé professionnel variés qui peuvent être le travail social, la sociologie, les soins infirmiers, la psychologie ou l'éducation.

Les intervenants issus du terrain

Par leur expérience propre personnelle, les intervenants issus du terrain, qu'on appelle aussi des 'pairs', sont considérés comme des experts. Ils dépendent d'un service de proximité et peuvent être payés ou non. L'expression d' 'intervenants issus du terrain' (*indigenous worker*) n'a pas encore cours hors des pays anglophones mais on appelle en général ces intervenants des 'pairs' ou parfois des 'intervenants communautaires de terrain' (*community fieldworkers*, voir par exemple Blanken et Barendregt, 1998). Dans la pratique, les pairs désignent souvent les proches, familiers du style de vie de certaines populations d'usagers de drogues (des amis prostitué(e)s ou immigrants par exemple) qui ne consomment pas eux-mêmes de drogues.

Des usagers de drogues ou d'anciens usagers ont été embauchés à diverses occasions en tant que spécialistes ou conseillers, comme bénévoles formés, comme leaders du groupe des pairs ou comme collaborateurs de recherche. Power (1994) a identifié cinq rôles différents que peuvent éventuellement jouer ces intervenants :

- intervenant de terrain ;
- interviewer ;
- chercheur de contacts ;
- guide local ;
- observateur dans les réseaux et sur le terrain pour suivre les évolutions et intervenir comme 'système d'alarme'.

Pour certains intervenants issus du terrain, le travail de proximité peut être un premier pas et une étape provisoire d'entrée dans le monde de l'emploi. Leur plus grand atout est leur capital social et intellectuel dont ils se servent pour négocier et servir d'intermédiaires entre les professionnels de l'éducation à la santé ou de la toxicomanie et les réseaux de consommateurs de drogues auxquels ils ont accès. Les recruter pour des activités de proximité pourrait aussi en faire des têtes de pont pour la prévention (voir aussi Chapitre 2).

Power (1994) a proposé d'embaucher une série d'intervenants issus du terrain qu'on paierait sur la base d'un temps partiel temporaire pendant une période d'apprentissage qui leur permettrait d'acquérir le statut d'intervenant à temps plein. Ce groupe d'intervenants servirait de canal par lequel les réseaux et les communautés cachés pourraient être contactés pour promouvoir un changement collectif. McDermott (1993) prévient des risques de sur-professionnalisation, si les professionnels usurpent et marginalisent le rôle des intervenants issus du terrain ou si les intervenants eux-mêmes deviennent tellement professionnalisés qu'ils perdent contact avec leur milieu d'origine et ses valeurs.

Si un grand nombre de projets choisissent d'utiliser des bénévoles issus du terrain, ils sont plus réticents à les employer comme salariés malgré les atouts que ces derniers pourraient apporter aux démarches de réduction des risques (Power, 1994). Malgré le succès confirmé des usagers de drogues, anciens ou actuels, pour faire avancer les initiatives de prévention dans les réseaux d'usagers de drogues, Hartnoll et al. (1990) ont estimé qu'au début des années 90, seuls 10 % des projets de proximité en Grande-Bretagne ont recruté des intervenants issus du terrain.

Les bénévoles

Les bénévoles peuvent présenter les mêmes caractéristiques que les intervenants professionnels ou issus du terrain, mais leur travail n'est pas rétribué (ou ils sont seulement remboursés de leurs frais). Ils peuvent également faire partie du public sans être des ex-usagers de drogues ni des professionnels.

La proportion de ces trois formes d'intervenants de proximité varie d'un projet à l'autre. Si les professionnels, les intervenants issus du terrain et les clients ont des points communs (sexe, classe sociale, race ou style de vie), cela peut faciliter les contacts et la communication. On peut remarquer que les hommes sont ici aussi généralement sur-représentés chez les clients consommateurs de drogues, surtout dans le travail de rue, ce qui n'est peut-être pas surprenant étant donné la clientèle à prédominance masculine et les circonstances difficiles dans lesquelles travaillent les intervenants de proximité. Quand les femmes toxicomanes sont le groupe cible spécifique du travail de proximité, elles sont en général surtout ou exclusivement des prostituées.

Les intervenants professionnels devraient garder certaines considérations méthodologiques à l'esprit quand ils travaillent avec des intervenants issus du terrain. Lorsque ces derniers décrivent leurs activités ou leurs perceptions, ils peuvent oublier de noter des points essentiels qui leur semblent tellement évidents que tout commentaire peut paraître superflu. Si des intervenants de proximité professionnels peuvent se montrer incapables d'exercer une influence sur les comportements parce qu'ils restent des étrangers et ne peuvent pas effacer les différences culturelles, les intervenants issus du terrain peuvent inconsciemment renforcer le comportement du groupe plutôt qu'encourager le changement, prédisposés qu'ils sont d'intégrer les opinions et les pratiques du groupe cible, estimant par exemple qu'il est impossible pour des usagers injecteurs de passer à un mode de consommation sans injection.

Le rôle potentiel des usagers de drogues, des ex-usagers, des bénévoles ou des intervenants issus du terrain et des professionnels a été l'objet de bien des controverses dans le travail de proximité auprès des usagers des drogues 'classiques', plus qu'il ne l'a été dans le travail auprès des jeunes ou le travail de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues. Comme cela a été dit plus haut, les mesures de ces dernières années en matière de réduction de la demande et de réduction des risques des 'nouvelles' drogues ont d'emblée inclus le travail de proximité et l'éducation par les pairs, considérés comme des modes de services efficaces.

LA FORMATION, LE SUIVI ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Faire du travail de proximité signifie souvent travailler avec des gens qui ont de lourds problèmes psychosociaux et dans un contexte mouvementé, chaotique et des situations imprévisibles. Les conditions de travail sont tout à fait différentes de celles des autres emplois : le travail est en dehors des horaires de bureau, hors de la sécurité d'un local, dans des quartiers risqués, un contexte à moitié illégal, avec le plus souvent de très bas salaires. Un travail d'intervenant de proximité demande un engagement personnel, une certaine familiarité avec le groupe cible et un grand nombre d'aptitudes psychologiques et sociales (Majoor, 1994). Les aptitudes personnelles des intervenants de proximité sont un facteur essentiel pour la réussite de leurs tâches.

Au-delà de ces caractéristiques générales, il existe peu de littérature sur la description du travail et les aptitudes demandées aux intervenants de proximité. Ce n'est pas que les services de proximité ne sachent pas quels types d'intervenants ils recherchent, mais cadrer ces informations en critères détaillés est très difficile.

Une condition essentielle pour que les intervenants de proximité puissent travailler correctement (même si elle ne se trouve pas toujours dans la pratique) est qu'ils soient immergés le plus possible dans la culture du groupe cible avec lequel ils travaillent. Cela implique d'apprendre le langage, les normes, les valeurs et les attitudes du groupe et de tisser des relations de confiance. Comme principe de base, les intervenants doivent comprendre que lorsqu'ils entrent dans le monde de leur public, ils doivent le faire avec le langage de ce public et non dans leur propre vocabulaire (Gilman, 1992).

Les intervenants de proximité doivent aussi 'contextualiser' les styles de vie, pour que toute intervention s'enracine dans les réalités quotidiennes du groupe. Dans des lieux comme les clubs de jeunes, et encore plus pour du travail de rue dans des lieux informels ou des lieux de consommation de drogues, les intervenants doivent se montrer crédibles et respectueux. Dans ce dernier cas plus précisément, les intervenants peuvent même devoir travailler avec, plutôt que dans ce monde, devant gérer des situations où les activités illégales peuvent bousculer les limites professionnelles.

En second lieu, les intervenants doivent percevoir leur rôle différemment de celui d'un expert traditionnel, et passer d'un rôle à l'autre, que ce soit conseiller, ami, thérapeute, médiateur, informateur ou chargé d'exercer une influence (Svensson, 1994). La relation traditionnelle d'aide au client s'inverse dans le sens où la quantité de contacts qu'obtient un intervenant dépend du réseau local.

En troisième lieu, l'intervenant de proximité doit avoir de larges connaissances épidémiologiques et de terrain et des aptitudes au diagnostic général et au conseil. Il doit de plus pouvoir entrer en contact avec des types de clients et

d'experts très différents (Majoor, 1994; McDermott, 1993)¹⁷. Dans les relations avec les usagers de drogues, et en particulier pour les drogues 'classiques', les intervenants ont à faire face à des attitudes de jeu et de manipulation ou à des écarts dans les normes et les valeurs. Si ces intervenants doivent malgré tout garder une attitude souple et ouverte à l'égard des usagers de drogues, ils ne doivent jamais s'identifier totalement à eux et doivent rester constamment conscients des limites et des possibilités des usagers. Comme le dit Majoor (1994), l'intervenant de proximité doit avoir le *hardware* (connaissances, aptitudes) et le *software* (motivation, traits de personnalité, engagement) ; on peut aussi exprimer cela avec la métaphore de la tête et du cœur.

En résumé, que le travail de proximité soit un travail de rue, au domicile ou en institutions, il requiert pour l'approche du public une bonne dose de compétences, de confiance et de finesse. Les intervenants doivent s'attendre à vivre :

- une ambivalence à leur égard dans les contacts;
- la frustration du manque de contact ;
- de longs temps d'attentes pour les réponses, suivis d'accès soudains d'activité intense;
- des horaires particuliers ;
- les exigences d'une scène qui change selon les lieux, les saisons, le temps, la pression de la police et les caprices du marché de la drogue ;
- des conflits à hauts risques ;
- le soupçon des usagers de drogues et de la police ;
- une attention constante pour garder la confidentialité.

Si l'on prend tout ça en compte, être intervenant de proximité est un travail particulièrement difficile. Étant donné la difficulté du travail, toute association de proximité devrait se charger d'assurer une formation, un soutien et un suivi de l'équipe. Cela demande une politique du personnel souple mais bien organisée, centrée à la fois sur les aspects individuels du travail de proximité et ceux qui sont liés à l'équipe. Une telle politique permettrait d'évaluer la qualité des services de proximité. La formation pourrait par exemple permettre l'étude des différentes approches méthodologiques dans les services et leur évaluation. Il faudrait aussi proposer une formation au travail de proximité en institutions aux autres types de professionnels et de bénévoles qui sont en contact avec des usagers de drogues, par exemple dans des zones rurales dispersées. Certains projets de toxicomanie ont réussi à bien équilibrer des interventions minimales de réduction des risques, du travail social et de la formation (Gilman, 1992). Malheureusement, à côté des nombreuses formations professionnelles sur les addictions, les formations au travail de proximité sont quasiment inexistantes dans les États membres de l'Union Européenne, sauf de façon interne dans certaines associations.

Le suivi des pairs et des intervenants qui travaillent seuls ou en équipe pourrait les aider à gérer les émotions, les informations et les conflits. Ce n'est nullement un luxe – l'épuisement des employés étant un phénomène bien connu dans le domaine des drogues. Les possibilités de carrière et le soutien font également partie d'une bonne politique du personnel et ont une importance particulière pour les intervenants de proximité. Leurs conditions d'emploi ne sont pas les meilleures : salaires bas, horaires difficiles, autonomie limitée et promotion peu probable peuvent freiner l'enthousiasme et provoquer de l'amertume. Les contradictions entre les valeurs et les perspectives dans le secteur bénévole, le système judiciaire, les tentatives d'autosupport et la rue peuvent susciter un ressentiment et des conflits si le style de gestion choisi est mauvais.

Des normes pour le travail de proximité ont maintenant été adoptées en Allemagne et au Portugal. En Allemagne, ces normes précisent que les intervenants de proximité doivent toujours travailler en équipe et jamais seuls, que leur travail est soumis à la confidentialité et qu'une qualification est nécessaire pour faire du travail de proximité. Au Portugal, ces normes précisent qu'aucune intervention ne peut être mise en place sans évaluation des besoins et que toutes les interventions doivent travailler en partenariat avec les groupes et les réseaux locaux.

¹⁷ Trotter, Bowen et Potter (1995), à la suite de Knoke et Kulinski (1982), définissent un réseau comme 'un type spécifique de relations, un ensemble précis de personnes'. Mais bien que les intervenants de proximité puissent passer une bonne partie de leur temps à tisser des liens dans des réseaux, il est peu probable qu'ils utilisent le terme technique de *networking* qui a commencé à prendre les nuances légères de l'expression américaine *schmoozing* ('passer du temps avec').

CONCLUSION

En Europe, la plupart des services de proximité font partie d'organismes ou d'associations destinés aux usagers de drogues ou aux jeunes. Les services de proximité isolés sont rares ainsi que les activités de proximité autonomes organisées par d'anciens ou actuels usagers de drogues (soit indépendamment, soit dans le cadre d'une association plus large d'autosupport). Dans l'Europe du nord-ouest, les services de proximité font le plus souvent partie de services de soins, alors que dans les régions du sud, ils font plutôt partie de services locaux.

Les services de proximité comprennent à la fois des structures d'organisation interne et externe, et ces deux aspects doivent être évalués à la lumière des objectifs principaux du travail de proximité – obtenir une image précise des groupes cibles, les contacter et identifier les besoins des usagers de drogues pour y répondre de façon appropriée. Les recherches, les rapports et les observations qui portent sur les pratiques de proximité montrent que ces services manquent encore de soutien financier, juridique et de personnel pour mener à bien leurs tâches. Dans la pratique, il n'existe nulle part en Europe de possibilités de formation adaptée, spécifiquement centrée sur le travail de proximité, et on manque par conséquent de crédibilité professionnelle et de profils de travail cohérents. Il reste encore également beaucoup à faire pour améliorer les contrats de travail et les possibilités de carrière des intervenants de proximité. L'expérience montre que lorsque les services de santé sont menacés, leurs activités de proximité sont les premières à être abandonnées.

Les relations externes des services de proximité comprennent les interactions avec les autres services concernés par les drogues ainsi qu'avec le cadre institutionnel plus large. Ces relations sont d'une importance capitale. Beaucoup d'activités de proximité efficaces pour la promotion de gestes de santé dans la consommation des drogues pourraient être mises en place, mais si les usagers de drogues se trouvent alors face à une foule d'obstacles pour mettre en pratique les nouvelles techniques (comme l'absence de seringues propres ou de méthadone disponible, ou la présence de contraintes juridiques), le travail de proximité est condamné à l'échec dès le départ.

Travailler en réseau et en partenariat est également très important, mais non sans difficultés pratiques. Les ressources rares, les différences ou les divergences d'objectifs et de contextes professionnels et culturels sont autant d'entraves à un travail en réseau efficace. Il faut aussi savoir que ce genre de difficultés ne se produit pas seulement dans le travail de proximité mais également dans l'ensemble du domaine des toxicomanies.

Dans le processus en cours de la professionnalisation du travail de proximité, l'engagement des intervenants issus du terrain et des bénévoles est reconnu comme tout à fait précieux. Cependant, l'utilisation de ces derniers est souvent controversée, pas tant en théorie qu'en pratique. Des désaccords émergent sur la validité méthodologique, la légalité et la position des intervenants vis à vis de l'organisation. Ces conflits se produisent davantage dans le contexte des drogues 'classiques' que pour les 'nouvelles' drogues, en partie à cause des caractéristiques différentes de leurs groupes cibles. La composition des équipes de proximité et le degré d'engagement des intervenants issus du terrain et des bénévoles varient d'un pays à l'autre selon le statut du travail de proximité dans ces pays ou selon des considérations pragmatiques. En Italie par exemple, où le travail de proximité n'est pas une initiative professionnelle, les intervenants sont souvent autodidactes et nombreux sont les anciens ou actuels usagers de drogues.

Pour ce qui est des 'nouvelles' drogues, l'approche par les pairs semble la plus appropriée. Dans certains pays se développe un point de vue selon lequel il peut être plus efficace, pour la prévention des drogues et la réduction de la demande, de former des intervenants auprès des jeunes, en intégrant ces thèmes dans l'ensemble de leur travail qui demande un grand nombre d'autres compétences.

En résumé, les principaux problèmes d'organisation qui peuvent apparaître dans des projets de proximité concernent l'isolement des intervenants, les relations difficiles avec les organismes de tutelle, un sur-engagement envers les clients, des désaccords sur la méthodologie et les objectifs, le chevauchement avec les activités d'autres services et l'absence de possibilités de carrière.

En réponse à ces difficultés, il semble recommandé de laisser suffisamment d'autonomie aux services de proximité pour développer des méthodes de travail qui répondent aux besoins et aux situations rencontrés. Un objectif fondamental pour développer des services futurs pour les usagers de drogues pourrait être de les rendre plus accessibles aux clients. Le travail de proximité a un rôle important à jouer dans ce domaine.

4 Quatre modèles organisationnels de travail de proximité

INTRODUCTION

LE TRAVAIL DE PROXIMITÉ ET LES ‘NOUVELLES’ DROGUES

UN CINQUIÈME MODÈLE ?

LES QUATRE MODÈLES EN EUROPE AUJOURD’HUI

INTRODUCTION

Le travail de proximité, dans le domaine de la prise en charge de la toxicomanie, comprend un grand nombre d'activités et peut varier selon que l'on considère :

- *qui* – ceux qui pratiquent un travail de proximité (les professionnels, les intervenants issus du terrain, les bénévoles) et leurs groupes cibles (les usagers des drogues 'classiques' ou 'nouvelles') ;
- *quoi* – les objectifs des intervenants de proximité (abstinence, réduction des risques) ;
- *comment* – les méthodes employées (orientées vers l'individu ou le réseau) ;
- *où* – les lieux dans lesquels ces méthodes sont mises en pratique (travail de rue, à domicile ou en institutions).

A partir de la littérature et des données obtenues sur le terrain, quatre modèles ont été identifiés, pour servir de concepts purement typologiques. Chaque modèle a ses propres 'qui', 'quoi', 'comment' et 'où'. L'ordre dans lequel ces modèles sont présentés ici coïncide plus ou moins avec les périodes chronologiques où ils sont apparus. Ces modèles sont :

- Le modèle du travail auprès des jeunes (dans les années 60) ;
- Le modèle de la recherche de clients (dans les années 70) ;
- Le modèle de l'autosupport (de la fin des années 70 au début des années 80) ;
- Le modèle de santé publique (milieu et fin des années 80).

Ces modèles n'ont pas tous trouvé une expression concrète dans chaque pays de l'Union Européenne, ni ne se sont succédés dans l'ordre chronologique décrit ci-dessus. Sur le terrain, les pratiques que l'on peut classer dans l'un de ces modèles auront en général également des caractères propres aux autres modèles.

Le modèle du travail auprès des jeunes

Dans les années 60 en Europe, des éducateurs ont commencé à sortir de leurs bureaux et à chercher activement le contact avec 'la jeunesse à problèmes'. L'objectif qu'ils se sont donné était en particulier de trouver des solutions aux problèmes avec les jeunes concernés au lieu de décider derrière leur bureau ce qu'ils estimaient être le mieux (Hazekamp, 1976). En théorie, cette attitude était proche des concepts du travail alternatif auprès des jeunes et du travail social radical. Dans le courant des années 60, ces éducateurs ont commencé à s'intéresser de plus en plus aux jeunes marginaux, et particulièrement à ceux qui consommaient des drogues (Gilman, 1992).

Le modèle du travail auprès des jeunes est surtout utilisé par des professionnels, mais aussi par certains anciens usagers de drogues qui ont suivi une formation d'éducateurs spécialisés ou 'sur le tas' (on les appelle en général des éducateurs mobiles ou des éducateurs de rue). Leurs groupes cibles ne sont pas nécessairement définis en tant qu'usagers de drogues mais souvent avec d'autres expressions comme la jeunesse à la rue ou défavorisée. La consommation de drogues n'est pas non plus en soi l'objectif premier ; on considère plutôt que c'est l'un des problèmes des jeunes marginaux et on cherche à éviter une plus grande marginalisation et à favoriser l'intégration sociale. L'approche est en général le travail de rue, ce qui signifie d'entrer en contact avec ces jeunes marginalisés, dont les usagers de drogues, dans leur 'environnement naturel' (les quartiers à taux élevé de chômage, les gares...), de les encourager à se servir de leurs 'réseaux naturels' (la famille, les voisins...) et de les guider dans leurs contacts avec les institutions (la justice par exemple). Beaucoup d'attention est consacrée à l'éducation, à la formation professionnelle et aux activités de loisir. Ces dernières activités sont manifestement liées à ce qu'on appelle *Erlebnispädagogik*, où les éducateurs passent quelques semaines à faire de la voile, des randonnées en montagne et des activités de ce genre avec les groupes cibles.

Aujourd'hui, le modèle du travail auprès des jeunes est courant en Autriche et dans les pays nordiques, mais aussi en France, en Allemagne et au Portugal. On en trouve un bon exemple à Turku, en Finlande (voir aussi Chapitre 7), où des groupes de bénévoles font du travail de proximité en particulier dans les festivals de jeunes. Beaucoup d'éducateurs se considèrent également comme des intervenants de proximité puisqu'ils travaillent dans la rue, prennent contact et sont à l'écoute des jeunes qui ont des problèmes sociaux. Certains intervenants ont suivi une formation spéciale, mais beaucoup n'en ont pas eue et travaillent souvent sans suivi.

En Autriche, le modèle du travail auprès des jeunes est un modèle prédominant et la majorité des intervenants de proximité sont des éducateurs qui organisent des activités variées comme des randonnées en montagne. Ces éducateurs ne s'intéressent pas spécifiquement aux usagers de drogues, et lorsqu'ils ont à faire face à des questions de consommation de drogue, ils mettent d'abord l'accent sur la prévention. Il existe cependant des différences entre les régions. A Vienne, certains éducateurs travaillent plus précisément avec des usagers de drogues, avec un travail surtout

individuel, et des ‘intervenants en toxicomanie’ pratiquent aussi du travail de proximité, surtout dans la ‘scène de rue’ la plus visible. Dans ce dernier cas, ce travail relève davantage du modèle de santé publique que du modèle du travail auprès des jeunes.

En France, des éducateurs de rue sont apparus dans les années 70 et ont travaillé avec les jeunes des quartiers à problèmes sociaux. Bien qu’ils soient confrontés dans la réalité à des consommateurs de drogue, ils ont souvent évité ces questions. Le travail de rue auprès des jeunes existe encore aujourd’hui, pris en charge par les régions. Il se concentre sur la prévention tant qu’il n’a pas à faire face à la drogue. Le travail spécifique auprès des usagers de drogues, dont le travail de proximité, relève de la responsabilité nationale (voir Chapitre 7). Le travail de proximité spécifique auprès des usagers de drogues relève en réalité largement du modèle de santé publique.

En Allemagne, deux concepts issus de traditions différentes sont au coeur du travail de proximité (Fontana, 1997). Le travail mobile auprès des jeunes (*mobile Jugendarbeit*) s’est développé dans le cadre du travail auprès des jeunes dans l’Allemagne du sud-ouest (région de Stuttgart), inspiré par une visite d’étude aux USA à la fin des années 60. C’était un travail dirigé vers les réseaux communautaires, ciblant des groupes spécifiques dans leur ensemble. Ce qu’on a appelé plus tard le ‘travail de rue’ (*Straßensozialarbeit*) a démarré au début des années 70, avec la montée du ‘problème de la drogue’. Le travail de rue était plus orienté sur les personnes que sur les réseaux et était centré spécifiquement sur les drogues. Des débats théoriques et des controverses ont eu lieu entre ceux qui suivaient ces deux approches, mais depuis 1990 ils sont réunis en un seul organisme national, Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork Mobile Jugendarbeit. La séparation entre le travail auprès des jeunes et le travail auprès des usagers de drogue vient également des structures qui les financent. Jusqu’en 1995, le travail auprès des jeunes s’est limitée aux mineurs de moins de 18 ans, tandis que le travail de proximité auprès des usagers de drogues concerne les adultes. Il n’existe pratiquement aucun projet de proximité pour les jeunes consommateurs de drogues. Aujourd’hui, ces deux domaines sont davantage coordonnés.

Au Portugal, le travail de proximité ressemble davantage à un travail de développement des réseaux communautaires qu’à un travail auprès des jeunes. Maintenir le lien avec la famille étant un aspect important du travail auprès des jeunes, ce sont les familles et le réseau naturel qui sont d’abord contactés.

Le modèle de la recherche de clients

Ce modèle prend sa source dans les communautés thérapeutiques du début et du milieu des années 70. A l’origine, les intervenants étaient surtout des thérapeutes et des ex-patients, professionnels ou bénévoles travaillant dans des associations religieuses. La plupart proposaient également d’entrer dans des institutions de soins résidentiels. La tâche principale de ce type d’intervenant de proximité était, et est toujours, de diriger les usagers de drogues vers les programmes de soins et en particulier vers les traitements résidentiels de sevrage. L’abstinence, suivie de la réintégration sociale, est l’objectif principal. Il s’agissait à l’origine surtout d’un travail de rue mais ce travail se fait aujourd’hui surtout en institutions, dans des lieux comme les commissariats de police, les prisons et les hôpitaux.

Il est important de souligner ici que d’autres modèles proposent également des informations sur les possibilités de traitement et y dirigent les usagers. Nombre de ces programmes cependant, ceux qui proposent de la méthadone par exemple, n’essaient pas de réussir une abstinence immédiate. Même s’ils envoient les personnes vers des programmes visant l’abstinence, le travail de proximité ne relève pas automatiquement du modèle de la recherche de clients. Une condition nécessaire est que les traitements de sevrage soient l’objectif principal du travail de proximité.

Le modèle de la recherche de clients se pratique couramment et largement dans les pays du nord, et en particulier en Norvège et en Suède, ciblant surtout les usagers des drogues ‘classiques’. Certains intervenants des communautés thérapeutiques vont aussi à la recherche d’anciens clients dans les scènes de drogue. A une échelle moindre, le modèle original de la recherche de clients se pratique encore en Italie et en Grande-Bretagne.

Bien qu’en Grèce le travail de proximité soit généralement défini comme une activité de réduction des risques, il est dans les faits assez proche du modèle de la recherche de clients. C’est probablement à cause de la phase actuelle de développement de ce travail qui est à un stade de recherche. Le travail de proximité est considéré comme important, mais l’infrastructure des soins aux toxicomanes est encore intimement liée aux communautés thérapeutiques et la plupart des intervenants de rue ont un passé thérapeutique.

Le modèle de l'autosupport

Comme le modèle d'origine du travail auprès des jeunes, le modèle de l'autosupport répond aux besoins et aux choix des usagers de drogues eux-mêmes. Les deux différences importantes sont qu'il est centré beaucoup plus explicitement sur les drogues et que ses actions se basent davantage sur les intérêts perçus du groupe que sur ceux des personnes. Prenant naissance à la fin des années 70, il est clairement rattaché aux associations d'autosupport des usagers de drogues et à la notion d'acceptation – qui signifie d'accepter la prise de drogue comme une réalité sociale – en opposition au paradigme de l'abstinence. Plus que tout autre modèle, il s'enracine dans la scène de drogue et il est surtout pratiqué par d'actuels ou d'anciens usagers de drogues (des pairs), des intervenants en réseau et des bénévoles. L'objectif principal est la réduction des risques, les activités communautaires et la mise en place ou la promotion de services à bas seuil, comme des locaux où les usagers peuvent prendre des drogues. Il y a actuellement peu d'associations d'autosupport vraiment indépendantes car la plupart ont leur local dans des services de soins en toxicomanie.

Le modèle de l'autosupport a une longue tradition aux Pays-Bas où ceux qu'on appelle les *junkiebonden* ont été actifs dans toutes les grandes villes avant 1980. Ils sont moins actifs depuis. Un bon exemple actuel de travail de proximité selon le modèle de l'autosupport est Mainline à Amsterdam. Cette association indépendante, non gouvernementale, fondée par d'anciens employés et des bénévoles du *junkiebond* d'Amsterdam s'est principalement centrée sur l'éducation à la santé des usagers des drogues 'classiques'. L'un de ses outils clé est une luxueuse revue distribuée aux usagers de drogues, surtout par des intervenants de rue, dans les lieux de deal ou même dans des institutions comme les prisons. Tout en distribuant la revue, les intervenants de terrain collectent de l'information sur la façon dont évolue la scène de drogue, qu'ils incorporent ensuite dans les thèmes futurs de la revue. Mainline soutient également des groupes d'autosupport de femmes à Amsterdam et Rotterdam (voir aussi Chapitre 7).

À Turin, les intervenants de proximité ont choisi une approche différente. Ils soutiennent un groupe d'usagers de drogues et les aident à trouver de l'argent pour financer leur propre revue qui est aussi vendue au public. Des intervenants de proximité écrivent parfois eux-mêmes quelque chose dans le journal. La revue est très politique, recherchant la promotion de la dignité des usagers et insistant sur la responsabilité qu'ils ont de leur propre vie.

À Bruxelles, des intervenants de proximité ont aussi vécu des expériences réussies en diffusant de l'information aux usagers de drogues par des usagers de drogues, en coopération avec un groupe d'autosupport d'anciens usagers. À plus vaste échelle en Belgique, et également de façon croissante dans les autres pays, des projets nommés *boule de neige* ont été mis en place. Ce sont des campagnes relativement brèves destinées à la promotion des gestes de sécurité concernant les modes d'injection et les relations sexuelles, au niveau local ou régional. Les usagers des drogues 'classiques' sont ciblés avec l'aide de pairs (voir Chapitre 7).

Le modèle de santé publique

Le modèle de santé publique est construit sur le modèle de l'autosupport, la différence principale étant qu'il donne un rôle plus important aux professionnels (infirmiers, médecins, intervenants de terrain). Ce modèle s'est mis en place du milieu à la fin des années 80, notamment sous l'influence du VIH et du sida puis d'autres maladies comme l'hépatite. Son objectif principal est la réduction des risques par la promotion de gestes de sécurité concernant les modes de consommation de drogues et les relations sexuelles, en diffusant de l'information et en distribuant des seringues et des préservatifs. Les équipes travaillent en général en dehors des services à bas seuil que sont les programmes de maintenance à la méthadone et les boutiques.

Le travail de proximité selon le modèle de santé publique se pratique actuellement chez les usagers des drogues 'classiques' dans tous les Etats membres de l'Union Européenne. Dans certains pays, c'est le modèle prédominant, mais dans d'autres il n'en est qu'à ses débuts, comme en Irlande par exemple.

Plus récemment, un travail de proximité selon le modèle de santé publique s'est mis en place en direction des usagers des 'nouvelles' drogues. Davantage que pour les drogues 'classiques', les pairs sont utilisés dans ces projets, à la fois pour des tâches de soutien et d'éducation. Ce travail se pratique davantage sur les lieux de consommation, surtout dans les raves ou dans les clubs. Des normes de sécurité sur ces lieux (air conditionné, salles de détente dans les raves) ont été mises en place et des services sont parfois proposés pour tester la qualité des pilules, comme une forme de service aux consommateurs.

Encore plus récemment est apparu un travail de proximité auprès des consommateurs de crack. Cela représente en partie une adaptation du travail de proximité aux nouveaux modes de consommation des anciens consommateurs d'héroïne.

Mais certains nouveaux projets ciblent également les jeunes consommateurs de crack (voir l'exemple de l'Allemagne au Chapitre 7).

TABLEAU 6
LES QUATRE MODELES DE TRAVAIL DE PROXIMITE
AUPRES DES USAGERS DE DROGUES

MODELES	QUI	QUOI	COMMENT	OU
Modèle du travail auprès des jeunes	Educateurs, éducateurs de rue	Prévention contre une plus grande marginalisation, aide à l'intégration sociale	Contacter les jeunes marginalisés, dont les usagers de drogues, les aider à se servir de leurs réseaux naturels (famille, quartier), les diriger dans leurs contacts avec les institutions traditionnelles (comme les services de liberté surveillée), éducation, formation professionnelle, activités de loisir	Surtout du travail de rue là où vivent et 'traînent' les jeunes marginaux (squats, gares)
Modèle de la recherche de clients	Thérapeutes, (ex) patients, intervenants de prévention, bénévoles, associations religieuses	Abstinence, intégration sociale	Contacter les toxicomanes pour les motiver à entrer dans des traitements de désintoxication	Travail de rue à l'origine, aujourd'hui surtout du travail en institutions dans les commissariats de police, les prisons, les hôpitaux
Modèle de l'autosupport	Usagers de drogues, intervenants dans les réseaux, bénévoles	Réduction des risques, services à bas seuil	Organiser des activités et des services communautaires, dont des salles d'injection. Encourager des gestes de sécurité pour l'injection et les relations sexuelles en diffusant de l'information et en distribuant des seringues et des préservatifs	Travail de rue par des intervenants issus du terrain dans les scènes, en particulier dans les lieux auto-organisés, boutiques (groupes d'autosupport d'usagers de drogues par exemple)
Modèle de santé publique	Infirmiers, médecins, intervenants en toxicomanie, intervenants de terrain, pairs	Réduction des risques	Encourager des gestes de sécurité pour l'injection et les relations sexuelles en diffusant de l'information et en distribuant des seringues et des préservatifs. Services pour tester la qualité des cachets d'ecstasy. Normes de sécurité sur le cadre des lieux de consommation (air conditionné, salles de rafraîchissement dans les raves). Soutien et éducation par les pairs	Souvent dans des services à bas seuil (programmes de maintenance à la méthadone, boutiques), 'raves' et boîtes de nuit

LE TRAVAIL DE PROXIMITE ET LES 'NOUVELLES' DROGUES

Les quatre modèles présentés ont d'abord ciblé principalement les usagers des drogues 'classiques'. Les projets de proximité qui ciblent les usagers actuels ou potentiels des 'nouvelles' drogues sont cependant aujourd'hui de plus en plus présents en Europe. Ces projets font surtout du travail de rue ou bien dans ou près de lieux comme les 'raves' ou les soirées 'techno'. Certains projets organisent des rencontres comme les 'raves sans drogue'. Ce type de travail de proximité est fait par des éducateurs et des pairs (dont d'actuels ou ex-usagers). Les objectifs sont variables, dissuader les jeunes à risque de prendre des drogues (prévention primaire), les persuader d'arrêter la consommation de drogues (réduction de la demande), ou au moins stimuler les gestes de sécurité concernant les modes de consommation de drogues et les relations sexuelles (réduction des risques), et souvent tous les trois.

Un bon exemple est le projet 'Arrêtez les drogues, pas la danse' en Norvège, avec deux objectifs : informer les 'ravers' sur les drogues et faire en sorte que les nouveaux arrivants connaissent le projet. Le message est 'soyez un hip raver sans drogue' (voir Chapitre 7 pour plus de détails). Par leur concept, ces projets peuvent être classés dans le modèle de la recherche de clients. Mais les services de traitement des usagers d'ecstasy sont en fait pratiquement inexistantes : 'on ne peut pas chercher des clients si on n'a pas de traitement à offrir'.

Lorsque les projets de proximité mettent l'accent sur l'abstinence dans l'approche des usagers actuels ou potentiels des 'nouvelles' drogues dans les 'raves' ou ailleurs, on pourrait les classer dans le modèle du travail auprès des jeunes.

D'autres projets de proximité concernant les 'nouvelles' drogues donnent plus d'importance à la réduction des risques (modes de consommation de drogue et rapports sexuels protégés), comme le Unity Project actuellement actif à Amsterdam, Hambourg et Manchester. Les pairs jouent aussi un rôle clé dans ce projet (voir Chapitre 7). Comme on l'a noté plus haut, la plupart du travail de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues peut faire partie du modèle de santé publique. Les projets qui sont menés principalement ou exclusivement par des pairs ou des bénévoles sont peut-être plus justement classés dans le modèle de l'autosupport. Organiser des 'raves' sans drogue n'est pas en général considéré comme du travail de proximité.

UN CINQUIEME MODELE ?

Un cinquième modèle éventuel pour le travail de proximité est le modèle du réseau de services. Il consiste à mettre en place un travail en réseau comprenant l'éducation, les soins en toxicomanie, la santé publique. L'objectif n'est pas de promouvoir la sécurité des modes de consommation de drogue ou des rapports sexuels mais d'apporter un secours rapide à une population en crise et de résoudre les problèmes les plus urgents. Il ne s'agit pas tant de motiver les gens à changer de mode de vie mais de les encourager à se servir des systèmes de soins en toxicomanie. Il ne faut pas confondre ce modèle avec le travail en réseau du modèle de l'autosupport dont l'objectif est d'abord de mobiliser les réseaux d'usagers.

Bien que le travail en réseau ne soit pas une idée nouvelle, pratiquer du travail de proximité à plusieurs dans la rue est une innovation. Il est nécessaire qu'existe un minimum de coopération et de travail en réseau entre les différentes associations, ne serait-ce que pour répondre aux diverses sources de financement concernées.

On peut également considérer que, pour les réseaux qui ont un objectif commun, il peut être plus efficace de mettre en commun les ressources des différents services pour combattre un même problème. L'initiative de la mise en place d'un réseau peut parfois venir de la santé publique ou bien d'autres organismes publics ; et ceci ne représente pas un cinquième modèle mais c'est la caractéristique générale des soins en toxicomanie. Le problème est souvent que le travail en réseau ne marche pas très bien. Dans la pratique, la coopération entre différentes disciplines se montre souvent difficile. Le travail en réseau peut davantage être considéré comme une méthode que comme un cinquième modèle et il est utile dans tous les modèles. Modifier les comportements à risques par exemple ne peut se faire sans un bon travail en réseau et sans projet éducatif car les comportements à risques dépendent à la fois de facteurs qui interviennent dans des contextes spécifiques, d'aspects culturels et pas seulement de comportements individuels.

Pour le dire d'une façon plus pragmatique, le travail en réseau est incontournable dans le travail de proximité. Les intervenants de proximité jouent en fait un rôle central en améliorant la coordination des services. Lorsque plusieurs associations se mettent en commun pour mettre en place un travail de proximité, cela ne constitue pas un cinquième modèle de travail de proximité. Il y a cependant clairement un besoin, dans les quatre modèles existants, de porter une attention suffisante au travail en réseau entre les associations. Le travail en réseau est l'une des caractéristiques essentielles du travail de proximité et de toutes les méthodes à mettre en œuvre dans ce domaine.

PAYS	MODELES PREDOMINANTS
Allemagne	Santé publique + Travail auprès des jeunes
Autriche	Travail auprès des jeunes + Santé publique
Belgique	Travail auprès des jeunes + Santé publique
Danemark	Travail auprès des jeunes
Espagne	Santé publique
Finlande	Travail auprès des jeunes
France	Santé publique + Travail auprès des jeunes
Grèce	Recherche de clients + Santé publique
Irlande	Recherche de clients + Santé publique
Italie	Santé publique + Recherche de clients
Luxembourg	Santé publique
Norvège	Travail auprès des jeunes + Recherche de clients
Pays-Bas	Santé publique + Autosupport
Portugal	Travail auprès des jeunes
Royaume-Uni	Santé publique + Autosupport
Suède	Recherche de clients + Travail auprès des jeunes

LES QUATRE MODELES EN EUROPE AUJOURD'HUI

Ces quatre modèles peuvent tous être reconnus par les intervenants de proximité, même si dans la pratique beaucoup de projets ont les caractéristiques de plusieurs modèles à la fois et si peu d'entre eux correspondent parfaitement à l'un des quatre types. Chronologiquement, ces modèles sont apparus l'un après l'autre. Cela ne signifie cependant pas que tous les modèles ont été mis en œuvre dans chaque pays de l'Union Européenne, ni que le modèle le plus récent – le modèle de santé publique - prédomine actuellement dans tous les pays ou soit forcément supérieur à ceux qui ont été mis en œuvre auparavant. Les quatre modèles ont manifestement chacun leurs qualités et correspondent à des groupes cibles et des terrains particuliers. Dans les pays qui ont une tradition plus ancienne de travail de proximité, les premières méthodes ont suivi le modèle du travail auprès des jeunes, parfois avec des usagers de drogues à problème comme groupe cible spécifique, mais le plus souvent en visant d'une façon plus générale les jeunes des groupes socialement déshérités. Le travail de proximité qui cible les usagers de drogues en tant que tels suit rarement aujourd'hui le modèle du travail auprès des jeunes, mais on le pratique encore couramment, en particulier dans les pays du nord, auprès des jeunes qui ont des expériences de drogues. Le modèle de la recherche de clients n'est plus pratiqué couramment, même s'il est relativement plus répandu dans les pays du nord. Le modèle de l'autosupport s'est développé surtout aux Pays-Bas où on le trouve encore, ainsi qu'en Grande-Bretagne.

Le modèle de santé publique est l'un des plus largement pratiqué aujourd'hui, mais il est de fait moins courant en Scandinavie et dans le sud de l'Europe. C'est en Allemagne, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne qu'il est le plus fortement implanté, mais il se développe de façon croissante dans les pays du sud de l'Europe.

5 La terminologie du travail de proximité

INTRODUCTION

DÉFINITIONS

ET TERMINOLOGIE

INTRODUCTION

Comment appelle-t-on le travail de proximité en toxicomanie dans les différentes langues des Etats membres de l'Union Européenne ? Les concepts clés de la langue anglaise sont-ils couramment utilisés dans les autres pays et de quelle manière ? Quels termes apparentés et quels autres concepts sont utilisés ? Comment nomme-t-on dans les autres langues les principales activités et méthodes des intervenants en proximité et comment faut-il les traduire en anglais ?

Ce chapitre est issu principalement de la documentation des projets de proximité de plusieurs Etats membres de l'Union Européenne ainsi que des contributions des participants à la rencontre des experts qui s'est tenue à Amsterdam les 29-31 mars 1998. Il n'est pas possible de faire une liste exhaustive de tous les concepts et termes utilisés dans tous les pays européens et dans toutes les langues qu'on y parle, mais les concepts les plus importants et les plus courants sont présentés ici. Bien qu'un bon nombre de ces concepts soient également utilisés pour le travail avec d'autres groupes cibles, ce chapitre traitera des termes utilisés dans le travail auprès des usagers de drogues.

DEFINITIONS ET TERMINOLOGIE

Au sens large, le terme 'outreach'¹⁸ désigne le fait de sortir pour atteindre, ou la distance pour être atteint. Plus pertinent dans le champ du social, le Dictionnaire Collins du Travail Social définit ce terme comme 'toute tentative d'apporter un service à des personnes qui en ont besoin et qui autrement n'auraient probablement pas utilisé ce service (Thomas et Pierson (eds), 1995). La définition la plus courante dans le champ de la toxicomanie est celle de Hartnoll *et al.* (1990) citée au Chapitre 1.

Si on laisse de côté les questions qui traitent des aspects théoriques et de la méthodologie (le travail de proximité par études de cas cible-t-il l'individu ou le groupe ? Les populations cibles doivent-elles être toxicomanes ou non ?), il reste quelques problèmes de nature plus pratique inhérents à cette définition. En premier lieu, le terme anglo-saxon de 'community'¹⁹ a plusieurs significations ; le traduire dans d'autres langues et l'utiliser dans le contexte d'autres cultures ne fait qu'ajouter à la confusion. Cette difficulté peut se résoudre en remplaçant 'travail en réseau' par 'travail dans la scène de drogues'. Mais si l'expression 'scène de drogues' est très courante en anglais, elle n'est pas non plus sans ambiguïté.

En second lieu, la définition de Hartnoll *et al.* (1990) part de termes plutôt négatifs : " pas efficacement contactés ou atteints par les services existants et les circuits traditionnels ". Cela rend cette définition plus appropriée aux usagers des drogues 'classiques' qu'aux usagers des 'nouvelles' drogues. Etant donné la pratique actuelle du travail de proximité en Europe, la définition suivante (qui peut certainement être encore améliorée) semble plus appropriée :

Le travail de proximité dans le domaine des drogues est une méthode active employée par des professionnels, des bénévoles ou des pairs pour entrer en contact avec les usagers de drogues. Ses objectifs sont de les informer des risques associés à la prise de drogues, de les aider à réduire ou supprimer ces risques, et/ou à améliorer leur condition physique et psychosociale par des moyens individuels ou collectifs.

Même si cette définition semble plus appropriée que la précédente, la difficulté de la traduire et de l'appliquer dans un contexte international demeure. Bien que le terme 'outreach work'²⁰ se trouve aussi dans des publications scientifiques internationales, ce n'est pas une expression internationale courante dans le domaine de la pratique. Il est parfois relativement facile de la traduire dans une autre langue, comme *aufsuchende Arbeit* en allemand. Mais le mot *Arbeit* ('travail') est trop large, et dans la pratique, on parle couramment de *aufsuchende Sozialarbeit* ('travail social'), *aufsuchende Jugendarbeit* ('travail auprès des jeunes') ou *aufsuchende Drogenarbeit* ('travail en

¹⁸ traduit ici par proximité (NDT)

¹⁹ traduit ici par réseau communautaire (NDT)

²⁰ traduit ici par travail de proximité (NDT)

toxicomanie'). Pour souligner la mobilité des intervenants, on ajoute ou on substitue parfois l'adjectif *mobile* à l'adjectif *aufsuchende* : *mobile* ou *mobile aufsuchende Sozialarbeit*, *mobile* ou *mobile aufsuchende Jugendarbeit*, *mobile* ou *mobile aufsuchende Drogenarbeit*.

Dans d'autres cas, aux Pays-Bas par exemple, l'expression 'outreach' est couramment comprise par les intervenants de proximité, mais on l'emploie rarement dans la pratique quotidienne, dans les rapports de police ou les publications. Il est plus courant de parler de *veldwerk* ('travail de terrain') ou *straathoekwerk* ('travail de rue'), termes qui font référence au travail de rue dans la scène de drogues, mais qui ne recouvrent qu'une partie de ce que signifie le travail de proximité.

Dans d'autres cas encore, en France par exemple, le mot 'outreach' n'est pas couramment compris par les intervenants et nécessite une explication. La meilleure traduction est peut-être *travail de proximité*, mais cette expression n'est pas couramment utilisée. Les expressions courantes qui semblent les plus proches sont *travail de rue* et, la plus courante mais la plus large, *travail à bas seuil*.

Les concepts clés

Le premier concept clé du travail de proximité est celui de travail de rue. Alors que dans son usage anglo-saxon quotidien, 'travail de rue' est parfois associé à la prostitution, l'expression n'a pas cette connotation dans les autres pays où on la considère comme une référence neutre du travail de proximité. Par nature, les intervenants de rue établissent et maintiennent des contacts avec les usagers de drogues dans les scènes de rue et d'autres lieux sociaux 'naturels' où les usagers se retrouvent. Les intervenants de proximité emploient cette expression, ou ses traductions littérales, comme le terme le plus courant pour désigner le concept d'origine américaine *street-corner work* ; on peut aussi la retrouver dans des documents de politique nationale. L'expression 'travail de rue' s'emploie moins couramment en Irlande et en Grande-Bretagne où le concept qui s'y réfère est associé de près au terme 'outreach work'.

Des notions comme 'travail de rue' et 'travail de terrain' semblent être assez courantes en Europe parmi les intervenants. En Irlande et en Grande-Bretagne, on parle de '*detached work*'²¹ et ceux qui le pratiquent sont appelés en général '*street workers*', '*street-corner workers*' ou '*fieldworkers*'²². Ces expressions anglaises sont aussi parfois courantes sur le terrain dans d'autres pays européens et elles sont dans certains cas traduites littéralement.

Pour une même langue, il peut aussi y avoir des différences régionales, comme par exemple dans les pays germanophones. En Autriche comme en Allemagne, on a tendance à parler de *Streetwork*, alors que d'autres parlent de *Straßensozialarbeit*. Dans les régions germanophones de la Suisse, il est plus courant de parler de *Gassenarbeit*.

Un second concept clé qui touche de près au travail de proximité est le 'bas-seuil', traduit littéralement du concept néerlandais *laagdrempelig*, qui signifie que les clients ont un accès facile à un service. *Laagdrempelig* a aussi été traduit littéralement dans d'autres langues et est devenu d'usage courant dans des pays comme les pays anglo-saxons (*low-threshold*), la France (*bas seuil*), l'Allemagne (*niedrigschwellig*) et l'Italie (*bassa soglia*). Il désigne des services simples, facilement accessibles pour les usagers de drogues, qui mettent davantage l'accent sur la réduction des risques que sur l'abstinence, même lorsque les clients sont envoyés vers des programmes de désintoxication, sur leur demande. Les services à bas seuil sont aussi conviviaux, au sens où ils offrent surtout des services immédiats aux usagers de drogues et imposent un minimum de règles. Ces services proposent de quoi manger et boire, beaucoup offrent aussi des possibilités comme prendre une douche ou échanger des seringues. Ils sont en général situés là où vivent ou se rencontrent les usagers de drogues, et se trouvent à la fois dans des locaux fixes (comme les boutiques) et dans des bus ou des camionnettes mobiles qui se garent dans leurs quartiers quelques heures par jour et comprennent en général des travailleurs sociaux et des infirmiers. Certains services à bas seuil dispensent aussi, ou principalement, de la méthadone en programmes de maintenance.

Un troisième concept clé est celui de 'réduction des risques'. Dans la plupart des pays, l'expression anglaise est connue sur le terrain ; elle est parfois aussi traduite littéralement dans la langue locale. Pour la plupart, le travail de proximité auprès des usagers de drogues est aujourd'hui fondé, de manière explicite ou implicite, sur l'idée de

²¹ traduit dans cet ouvrage par 'travail de rue' (NDT)

²² éducateurs de rue ou travailleurs de terrain (NDT)

réduction des risques (qu'on appelle aussi réduction des dommages). Cela provient essentiellement de la montée et de l'extension du VIH et du sida. La maladie a fait prendre conscience aux services de toxicomanie orientés vers l'abstinence qu'ils doivent également faire prendre en compte la santé des usagers de drogues qui ne souhaitent pas entrer dans des programmes de désintoxication. La réduction des risques implique au départ une tentative de diminuer les risques inhérents à la consommation de drogues, comme de favoriser et de créer les conditions de gestes de sécurité dans l'usage de drogues et les rapports sexuels.

Le quatrième concept clé, 'l'échange de seringues' est en relation directe avec la réduction des risques. C'est une expression très répandue, à la fois en anglais²³ et dans sa traduction dans les autres langues. Cela signifie de fournir des seringues et/ou des aiguilles neuves, en général gratuitement, aux usagers de drogues par voie intraveineuse, en échange de leurs seringues usagées. Cette pratique vient des Pays-Bas, pour empêcher les personnes, et surtout les enfants, de s'infecter avec des seringues sales trouvées dans la rue. De nos jours cela se pratique, en partie du moins, dans tous les pays de l'Union Européenne, bien que les conditions de 'l'échange' soient plus strictes dans certains pays que dans d'autres. L'échange de seringues n'est pas seulement pratiqué par des intervenants de proximité mais aussi par les programmes de maintenance à la méthadone et les boutiques. Dans certains pays (comme en Grèce), l'échange de seringues est une pratique qui a moins de sens car les seringues sont facilement disponibles en pharmacie et ne sont pas chères. La pratique de fournir des seringues neuves et de les échanger contre des vieilles n'est pas sans risques (voir Glossaire).

Un cinquième concept clé est celui des 'pairs' ou groupe de pairs qui renvoie à un groupe de personnes de même rang ou de même niveau de vie, par exemple des jeunes du même âge, qui ont une influence sur le choix des normes et des valeurs fondamentales d'une personne (comme dans le phénomène de la pression du groupe des pairs). Dans le contexte plus spécifique du travail de proximité, les pairs sont formés pour être des bénévoles qui appartiennent eux-mêmes à la population cible (usagers de drogues, prostituées) ou bien en ont fait partie (ex-usagers de drogues, ex-prostituées). Les pairs et les groupes de pairs transmettent une 'éducation' et assurent un soutien. Dans la pratique, surtout dans les projets de prévention, 'pairs' est parfois employé à tort pour des bénévoles formés qui n'ont jamais été des usagers de drogues. 'Pairs' est devenu un terme employé dans tous les pays, ce qui montre la popularité croissante du travail de proximité, en particulier parmi les usagers des 'nouvelles' drogues.

On trouvera d'autres exemples de terminologie dans le glossaire qui se trouve à la fin de cet ouvrage.

²³ *needle exchange* ou *syringe exchange* (NDT)

6 Documentation, collecte des données et évaluation

INTRODUCTION

DOCUMENTATION

LA COLLECTE DES DONNÉES

L'ÉVALUATION

**VERS UN SYSTEME
D'INFORMATION EUROPÉEN**

EDDRA

CONCLUSION

INTRODUCTION

Le projet qui est à l'origine de cet ouvrage représente la première étape d'une étude du travail de proximité qui reste à développer. La recherche future devra, entre autres, explorer comment améliorer l'évaluation des projets de proximité dans les Etats membres de l'Union Européenne. Cela permettrait de réaliser un inventaire plus systématique et comparable du travail de proximité et de tout ce qui le concerne, qu'on pourrait inclure dans le *Rapport annuel sur la question des drogues dans l'Union Européenne* de l'EMCDDA et dans son système d'Echange d'Informations sur les Programmes de Réduction de la Demande de Drogues (EDDRA). Cela faciliterait aussi la communication et la diffusion de l'information auprès des professionnels dans ce domaine en Europe et améliorerait la qualité des interventions de proximité.

Dans ce but, deux questions qui sont liées présentent ici un intérêt particulier :

- Quels types d'information concernant le travail de proximité faut-il collecter et diffuser, et dans quels objectifs ?
- Quelle est actuellement la faisabilité d'un tel inventaire, et quels obstacles faut-il résoudre ?

Ce chapitre observe d'abord les pratiques de documentation, de collecte des données et d'évaluation utilisées actuellement dans les projets européens de proximité. Les informations ont été extraites d'une analyse de la littérature, des documents fournis par les experts qui ont pris part à la rencontre d'Amsterdam en mars 1998 et des débats qui ont eu lieu lors de cette rencontre.

DOCUMENTATION

La plupart des projets de proximité ont un local et sont une extension d'un service plus important sur la toxicomanie, la santé ou la jeunesse. Leurs objectifs et leurs activités sont présentés par des documents divers, selon le public auquel ils s'adressent. Les rapports qu'ils produisent sont souvent destinés aux organismes financeurs, aux décideurs politiques ou à l'organisme dont dépend le projet. Ces rapports peuvent être réguliers ou non et peuvent contenir des informations sur l'origine du projet, le profil général des groupes cibles, une présentation des services proposés ou des tableaux descriptifs et quantitatifs.

Certains projets fournissent également, indépendamment ou à l'aide de l'organisme de tutelle, des données d'information pour l'extérieur (voir par exemple Cranstoun Drug Services, 1997) à l'intention des autres services, du réseau ou d'un public plus large. Cela peut prendre la forme de journaux sur papier glacé ou de simples brochures selon, bien sûr, la taille de l'organisation et les ressources disponibles.

Un autre public ciblé, et de toute évidence le plus important, représente les usagers potentiels des services de proximité. Toutes sortes de supports variés, comme des brochures ou des prospectus, sont produits pour fournir, en langage courant et parfois même dans les diverses langues étrangères parlées dans les groupes cibles, de l'information sur les services proposés et les endroits où les trouver. Ils contiennent souvent également des messages de prévention.

Nombreux sont les projets qui diffusent différentes sortes de documents, de nature générale ou bien en direction de sous-groupes spécifiques, comme les groupes exposés au risque du VIH, les prostituées, les jeunes ou le réseau local où ils interviennent. Comme pour d'autres types de documentation, ces documents peuvent prendre des formes variées. Les pratiques de proximité sont sujettes à des changements continuels en réponse aux problèmes qu'elles ciblent, ce qui demande des documents qui ont un format pratique, qu'on peut modifier rapidement et à un faible coût.

Il y a peu de journaux professionnels qui traitent spécifiquement du travail de proximité, que ce soit dans la littérature scientifique ou dans la littérature générale sur les drogues. Il y a cependant des différences entre les pays

selon l'importance du travail de proximité dans ce domaine. L'Allemagne par exemple a un journal spécialisé sur le travail de proximité dont le titre est *Streetwork*, qui a une orientation à la fois pratique et théorique. La revue mensuelle de l'association néerlandaise Mainline, bien qu'elle s'adresse aux usagers de drogues mêmes, est aussi largement lue par les professionnels et les autres acteurs intéressés.

LA COLLECTE DES DONNEES

Rassembler au moins quelques données de base sur leurs activités et leurs groupes cibles semble être une pratique courante dans les projets de proximité. Le genre d'informations recueillies dépend en grande partie de ce que demandent les organismes externes financeurs ou les décideurs politiques qui sont souvent demandeurs de données quantitatives. A tous les projets, il est plus ou moins demandé de retransmettre des informations à ceux qui les financent. Malgré les multiples différences entre les projets présentés à la rencontre d'Amsterdam, un modèle général des types de données quantitatives a pu se dégager, qui va d'une version minimum à une version maximum. Le choix de la version dépend des objectifs du projet, souvent de la nature des contacts avec les clients (premiers contacts ou suivi) et des lieux où se font ces contacts. Il semble également que plus un projet de proximité vise une intervention thérapeutique, des contacts réguliers ou destinés à diriger les clients vers des services, plus il enregistre des informations détaillées. La collecte des données de la Safe Community Drug Agency de Londres (Cranstoun Drug Services) est par exemple très détaillée. En contraste, le format des données de la Uteseksjon à Oslo est beaucoup plus concis et contient une liste minimum de questions de base.

Les types d'informations quantitatives

Les types d'informations quantitatives recueillies concernent :

1. La personne du client :

- nom de l'intervenant ;
- lieu et date du contact ;
- caractéristiques générales du client (âge, sexe, nom ou surnom, nationalité, statut etc.). Certains projets comme le Viennese Streetwork ont un questionnaire spécial pour les familles des clients, qui peut servir à eux-mêmes ou à la personne concernée ;
- premier contact (froid : oui ou non) ;
- services proposés (conseils, seringues, préservatifs, adresses, médiation) ;
- précisions sur la prise de drogue (type de drogues consommées, mode de consommation, prise de méthadone, expériences d'overdose) ;
- détails sur la santé, en particulier sur le VIH ;
- caractéristiques sociales (situation de famille, enfants, emploi, conditions de logement, réseaux familiaux et d'amis, adresse du contact, expérience carcérale et judiciaire).

2. L'ensemble des données sur les clients, souvent classé selon les groupes cibles spécifiques.

3. L'ensemble des données individuelles sur les personnes employées dans le projet de proximité.

4. Des données importantes pour les organismes financeurs ou de tutelle :

- nombre de seringues et de préservatifs fournis, etc.

Pour faire la collecte de ces données, il y a deux méthodes courantes utilisées parfois simultanément : un questionnaire ou une liste de questions remplis sur place ; ou bien des notes prises par l'intervenant après coup, d'après les réponses à des questions précises ou d'après des hypothèses. Le suivi régulier des contacts à l'aide de 'fiches de contact' rétrospectives est plus fréquent (Rhodes *et al.*, 1991b). Des détails plus précis sur la façon dont

les données sont recueillies et utilisées seraient également précieux pour l'analyse future et le développement de pratiques d'évaluation. On a de nombreux exemples de données normalisées remplies à la main, mais on ne sait pas toujours comment elles sont ensuite traitées. Le Norwegian Uteseksjon les rentre directement dans un système informatisé.

Comme nous l'avons dit plus haut, les données sont consultées fréquemment par de nombreux intervenants, autant que nécessaire. En théorie, personne ne nierait que l'objectif principal de la collecte de données est d'améliorer la qualité des services proposés, dans l'intérêt à la fois des clients et de l'organisme interne. Et personne ne s'opposerait non plus à soumettre les données recueillies à un contrôle de qualité et à l'examen des organismes financeurs. Les données recueillies devraient être cohérentes avec les objectifs et les exigences du projet même de proximité. Mais c'est un idéal qu'on ne rencontre pas souvent dans la pratique. La collecte des données peut subir l'influence d'acteurs internes et externes dont les objectifs et les exigences peuvent être différents de ceux du projet de proximité. C'est particulièrement probable étant donné la nature spécifique du travail de proximité. Malgré la diversité des projets de proximité, une tendance générale apparaît clairement : les financeurs demandent des données quantitatives et descriptives, alors que les intervenants de proximité sont eux plus intéressés par des données qualitatives qui peuvent les aider à améliorer leur travail.

La plupart des contacts de proximité dans la rue sont brefs et les informations recueillies sur les clients sont donc limitées. Etablir le contact et proposer une éducation à la santé est la priorité majeure, et recueillir des données à des fins de recherche et d'évaluation est d'un intérêt secondaire. Étant donné la nature des contacts pris dans la rue ou (dans le cas des 'nouvelles' drogues) dans les soirées ou les 'raves', il n'est évidemment pas facile de noter toutes sortes de données quantitatives, et cela pourrait même compromettre les tâches principales de proximité. Les clients risquent de se méfier des questions posées, surtout dans un contexte répressif ou dans des situations illégales, ou bien ils peuvent se tromper sur le sens des questions ou ne pas avoir l'esprit disponible. Un outil de collecte de données doit par conséquent être aussi discret que possible (voir aussi Richard *et al.*, 1996). Ces outils doivent pouvoir être vérifiés publiquement pour prévenir soupçons, rumeurs et réponses hostiles. Ils doivent être assez généraux et analytiques pour ne pas éveiller les soupçons sur la façon dont les informations pourraient être utilisées. Ils doivent enfin ne pas influencer les comportements ou les réponses.

Certains intervenants trouvent que ce n'est pas un problème en soi de poser des questions, mais sont gênés par le style des questions à poser dont ils ne voient pas l'utilité. Des tableaux seuls apportent un regard très limité sur la réalité. De plus, si la plupart des informations s'appuient sur les dires des clients, le degré de fiabilité des réponses doit être pris en compte ainsi que des facteurs comme la désirabilité sociale (voir, par exemple, les résultats de l'enquête de Turin présentés au Chapitre 7).

L'intérêt de ces questions pour le projet de proximité n'apparaît pas toujours clairement aux intervenants. Certains sont peu disposés à recueillir des données qui pourraient ensuite être utilisées contre le projet.

Nombreux sont les intervenants qui aimeraient avoir plus de temps pour recueillir et analyser d'autres types de données qui leur sembleraient plus utiles. Beaucoup de projets travaillent avec un journal ou des observations systématiques de terrain dans lesquels la pratique quotidienne est enregistrée de façon plus qualitative. Certains projets laissent les clients eux-mêmes donner spontanément des informations qualitatives sur leurs expériences, par exemple sur un 'livre d'or' déposé dans une boutique.

Certains projets sont financés par deux organismes ou davantage, ce qui par la suite complique la tâche en multipliant les différents types demandés de recueil et de présentation des données.

Dans certains cas, le recueil des données est demandé, mais rien n'est fait de l'information fournie ; cela semble n'être qu'un simple règlement bureaucratique.

Comme on l'a noté plus haut, certaines caractéristiques générales de la collecte de données sont communes à la plupart des projets de proximité, mais les indicateurs et les périodes de temps utilisés varient grandement. En un mot, il n'existe pas de normes, pas même locales ou régionales, encore moins au niveau national ou européen.

L'EVALUATION

Le recueil de données est une question qui touche de près celle de l'évaluation des services de proximité. Pour évaluer un programme, des tableaux sur les caractéristiques de la population des clients ne suffisent pas. Même si ces données peuvent être utiles pour décrire la pratique de proximité, elles ne conviennent pas forcément à une procédure d'évaluation systématique. D'autres formes de données, telles que des informations sur les contacts et les renvois vers d'autres services, comme on l'a décrit plus haut, peuvent être une première étape importante vers l'évaluation (Thompson et Jones, 1990 ; Richard *et al.*, 1996). D'une façon très générale, l'évaluation renvoie à toutes les activités qui déterminent la portée des interventions de proximité.

Le besoin d'évaluation est reconnu par tous, même si cela peut être pour des raisons bien différentes, à des niveaux divers allant des projets individuels de proximité aux organismes régionaux, nationaux ou européens. Cela ne concerne évidemment pas seulement le travail de proximité mais aussi tout type de travail de prévention en lien avec les drogues ou le VIH. Comme pour la collecte des données, l'un des obstacles majeurs pour l'évaluation du travail de proximité est d'arriver à définir les objectifs à atteindre et la ou les méthodes à mettre en œuvre pour les atteindre.

On peut distinguer trois types d'évaluation de projet (Armstrong et Grace, 1994) :

- l'évaluation de la structure ;
- l'évaluation du travail effectué;
- l'évaluation des résultats.

L'évaluation de la structure concerne le cadre concret du service, que ce soit les locaux, les équipements, le personnel et le rangement des archives. En Allemagne par exemple, on porte une attention particulière, dans les projets de proximité, aux caractéristiques et aux normes de qualité (Schaffrank, 1996) et au contrôle de qualité (Krebs, 1997).

L'évaluation du travail analyse le déroulement du travail en rapport avec ses résultats, de façon à clarifier les raisons de ces résultats précis. Elle analyse le contexte dans lequel se produisent les interventions et les facteurs personnels, professionnels et institutionnels qui définissent et cadrent les interventions de proximité.

L'évaluation des résultats est le plus difficile et c'est là que l'évaluation et la recherche se retrouvent souvent et se recoupent. Cette évaluation mesure les résultats obtenus par une intervention de proximité donnée, en se servant de mesures cognitives et comportementales. Elle nécessite que l'intervention soit clairement définie et mesurable. D'une façon générale, les évaluations des résultats s'attachent à distinguer les conséquences souhaitées ou positives d'une intervention, des conséquences indésirables, qu'elles soient négatives ou positives (Eisner, 1979 ; Rhodes *et al.*, 1991b). Rossi (1978) cite plusieurs points qui sont liés et qu'il faudrait prendre en considération dans l'évaluation d'une intervention, à savoir :

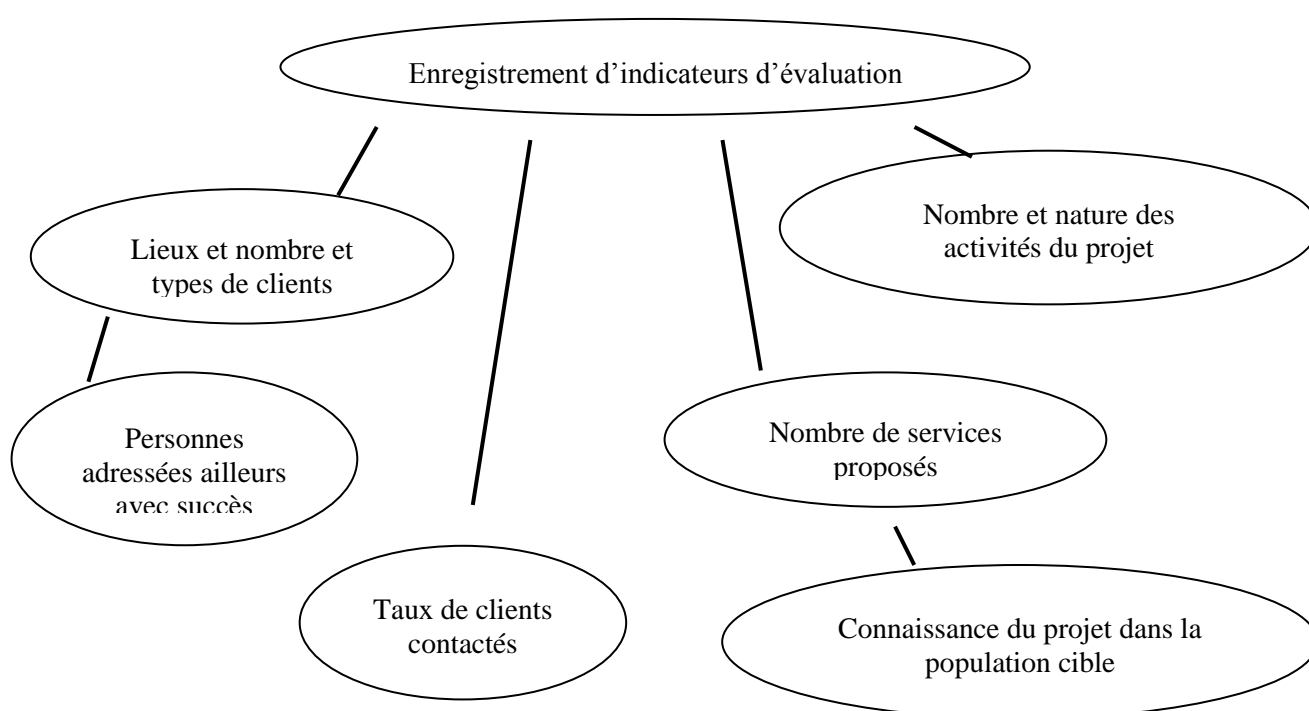
- si le traitement est efficace ;
- si le traitement peut être proposé ;
- si le traitement est donné.

L'évaluation des résultats, dans sa stricte définition, est réellement très difficile à réaliser pour un travail de proximité. La littérature scientifique confirme que cette forme d'évaluation des interventions de proximité est difficile à la fois en termes de projet et de mise en œuvre. Cela demande en général des ressources considérables et la plupart des projets de proximité manquent de fonds et de ressources pour le mener à bien. De plus, tout un ensemble de difficultés pratiques et méthodologiques se présentent. Lorsqu'on parvient à influencer les comportements et à réduire l'extension de l'infection du VIH, toute zone géographique peut avoir également été l'objet d'un certain nombre de programmes et de campagnes publiques d'information. Il serait tout à fait irréaliste de

mener une évaluation des résultats qui tenterait d'attribuer une totale responsabilité de changements quelconque à un programme particulier (Thompson et Jones, 1990).

L'évaluation du travail mis en œuvre semble une option plus réaliste. Menées de façon adéquate, les évaluations du travail qui combinent des données qualitatives et quantitatives pourraient servir à développer des indicateurs de résultats. La figure suivante présente un cadre possible pour l'évaluation du travail de proximité.

TABLEAU 7 : INDICATEURS DE L'EVALUATION DU TRAVAIL



Source : Ian Grant, Centre for HIV/AIDS and Drug Studies (CHADS), Edimbourg

Trois facteurs généraux peuvent aussi favoriser l'évaluation du travail de proximité :

- évaluation commandée par des organismes extérieurs, comme les financeurs ou les décideurs politiques ;
- évaluation à but interne, pour les besoins de l'association même ;
- évaluation dans un but de recherche, éventuellement combinée avec le premier ou le second point ci-dessus.

Déterminer à qui revient de mener l'évaluation est également une question importante – l'association de proximité elle-même, les représentants des organismes financeurs ou un organisme indépendant ?

Bien qu'ils ne s'opposent pas forcément l'un à l'autre, ces différents contextes peuvent entraîner des procédures et des méthodes différentes d'évaluation. Les évaluations peuvent également poursuivre des objectifs totalement différents :

- les financeurs peuvent se servir d'une évaluation pour décider d'un financement futur (ou bien pour obtenir des informations générales sur les groupes cibles) ;
- des évaluations internes sont souvent destinées à améliorer les services proposés (en lien soit avec les clients, soit avec les conditions de travail des intervenants de proximité) ;
- les évaluations dans une fin de recherche peuvent servir ces deux objectifs, mais pas obligatoirement.

Indépendamment du choix d'une évaluation des résultats ou du travail et quel que soit le motif de l'évaluation, certaines décisions devraient dans l'idéal être prises, modifiant l'action à des niveaux différents :

- Quels sujets seront abordés dans l'évaluation et pourquoi ?
- Quelles méthodes appliquer ?
- Quelles normes respecter ?
- Comment les résultats seront-ils comparés à ces normes ?
- Comment les résultats seront-ils interprétés et utilisés ?

Evaluer des projets de proximité en suivant ces principes n'est pas encore une pratique courante en Europe. La plupart des documents disponibles sont soit des rapports de projets (souvent des rapports internes) qui de toute évidence ne sont pas des évaluations dans le sens où nous l'avons décrit ci-dessus, soit des documents politiques sur la prise en charge sanitaire, soit d'autres rapports contenant quelques commentaires sur le travail de proximité. Certains sont même des ouvrages ou des articles qui décrivent simplement des modèles d'évaluation. Comme on l'a dit, les intervenants de proximité ont tendance à recueillir des données principalement quantitatives et de nature descriptive, en général pour les financeurs et les décideurs politiques.

En y regardant de plus près, il apparaît néanmoins qu'une certaine forme de travail 'évaluatif' est souvent pratiquée pour des raisons internes. Même si cela n'est pas tout à fait conforme à ce qu'on recommande pour une évaluation des résultats ou du travail, cela ressemble à une évaluation du travail en bien des points. Une question évidente est de savoir si une évaluation officielle est vraiment nécessaire, étant donné la nature spécifique du travail de proximité. Car les intervenants de proximité eux-mêmes ont tendance à considérer que certains aspects de l'évaluation du travail pourraient être très utiles. Ils utilisent différentes formes d'outils qualitatifs – comme des agendas, des journaux de terrain, des procédures pour cadrer les objectifs ou pour les rencontres de groupe – pour s'aider à réfléchir sur leur façon de travailler. Ils peuvent aussi se servir d'outils quantitatifs pour garder une trace des changements de leurs groupes cibles ou pour souligner d'autres tendances (comme Uteseksjon le fait à Oslo). La nature passagère de bien des contacts et de certaines sous-populations rend inadaptées les méthodes officielles d'évaluation aléatoires ou de suivi.

Les intervenants de proximité semblent avoir davantage besoin d'établir un minimum de normes ou de lignes directrices pour le travail en équipes. Ces normes, pour des projets de proximité, comprennent par exemple les règles suivantes :

- L'accent doit être mis sur les équipes de travail plutôt que sur les intervenants travaillant individuellement.
- Les équipes d'intervenants doivent être composées de femmes et d'hommes.
- Les données sur les clients ne doivent pas être transmises à la police.
- Les équipes d'intervenants doivent être composées de professionnels et de bénévoles.
- On doit fournir aux intervenants un bureau équipé.
- Les intervenants de proximité ont intérêt à travailler par deux dans la rue.

Il y a peu, mais de plus en plus, de littérature sur l'efficacité du travail de proximité. La plupart vient des Etats-Unis et concerne surtout l'évaluation des interventions de proximité sur le VIH. Rhodes *et al.* (1991a) ont fait une synthèse détaillée des résultats des évaluations, qui recouvre les objectifs, les méthodes, les résultats et les conclusions des études de 8 à 12 projets de proximité sur le VIH aux Etats-Unis. Citons parmi eux :

- le National Institute on Drug Abuse (NIDA) Chicago AIDS Community Outreach Intervention Project ;
- le San Francisco Mid-City Project (Watters, 1988) ;
- le New Jersey Community AIDS Program ;
- le New York AIDS Outreach Program (Sufian *et al.*, 1989) ;
- le Street Outreach AIDS Prevention Project à Baltimore (McAuliffe *et al.*, 1986).

Il faut noter que la plupart de ces projets sont officiellement des ‘expériences de recherche’ qui ont permis de mener des interventions pour sensibiliser le monde politique et qui n’auraient pas été autorisées autrement. Par définition, les expériences de recherche doivent être évaluées et ces pratiques sont très rares en Europe.

La littérature publiée sur l’évaluation du travail de proximité en Europe varie selon le type d’intervention. On a des informations relativement complètes sur les programmes d’échange de seringues. Une évaluation à l’échelle nationale des programmes d’échange de seringues en Grande-Bretagne a montré qu’ils ont assez bien réussi à atteindre les injecteurs de drogue et qu’ils ont permis des changements de comportement positifs chez les clients de ces programmes. Beaucoup d’usagers injecteurs cachés et plus vulnérables n’ont cependant pas encore été contactés (Stimson *et al.*, 1988 ; Lart et Stimson, 1990). Des évaluations d’échange de seringues à Amsterdam (Buning *et al.*, 1988) et à Rotterdam (Grund *et al.*, 1992) ont également montré qu’il y avait moins de partage de seringues chez ceux qui participent aux programmes d’échange, et que le nombre d’usagers de drogues qui entrent en traitement et dans des programmes de réinsertion avait doublé.

En Europe, les interventions de proximité les plus larges ont tendance à être moins évaluées. L’évaluation du projet de proximité du Central London Action on Street Health (CLASH) a été l’une des premières interventions de proximité sur le VIH à être évaluée en Grande-Bretagne (Rhodes et Holland, 1992). L’évaluation qui a été menée faisait partie d’un projet de recherche plus vaste étudiant les interventions de proximité comme moyens de prévenir l’infection au VIH. L’évaluation a combiné des méthodes qualitatives et quantitatives et avait trois objectifs principaux :

- décrire le déroulement et le fonctionnement du projet ;
- suivre les résultats du projet et la réalisation des objectifs ;
- évaluer la faisabilité et l’efficacité du projet en tant que modèle d’éducation à la santé par le travail de proximité.

Dans l’évaluation du CLASH, la partie qui concerne le travail a présenté une description approfondie de la faisabilité et de l’efficacité du projet en matière de gestion et d’organisation, mais aussi de prestation de service et de méthode de travail (Rhodes et Holland, 1992). En 1996-97, le Centre d’Etudes pour le VIH/Sida et la Drogue (CHADS) d’Edimbourg a évalué trois projets majoritairement investis dans du travail de proximité, intervenant de façons différentes mais compatibles (Grant, 1997). Cette évaluation a pesé lourdement sur l’étude du CLASH et s’est centrée davantage sur le travail que sur les résultats.

D’autres évaluations ont été menées sur des interventions de proximité moins importantes qui ont contacté un grand nombre de personnes, sur des études de cas faites sur un petit nombre d’usagers polyconsommateurs et sur une formation et une initiation au travail de proximité en milieu rural. Des évaluations se pratiquent de plus en plus aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne, mais moins dans le reste de l’Europe. Une évaluation du travail d’un projet de proximité par l’éducation par les pairs en milieu scolaire a récemment été menée à Barcelone (Villalbi, 1997).

Le cadre du suivi et de l’évaluation utilisé par les projets de proximité cités ci-dessus varie de façon importante. L’évaluation du travail semble en général le type d’évaluation le plus adapté à un travail de proximité. La collecte et l’interprétation de données quantitatives peuvent être approfondies par des méthodes qualitatives d’observation, par une prise en compte systématique du contexte de la prestation de service et par l’étude du rapport entre le cadre du programme et les résultats attendus (Booth et Koester, 1996).

Les méthodes de recherche qualitatives, qui comprennent des observations directes et des interviews avec des questions ouvertes auprès des intervenants de proximité et des clients, peuvent aider à répondre aux questions sur le succès d’une intervention de proximité en rapprochant ses objectifs et ses stratégies. Les méthodes qualitatives ont l’avantage de situer les interventions dans le contexte personnel, social, politique et économique où elles se trouvent

et peuvent aider à identifier les conditions et les circonstances qui influencent le déroulement de l'intervention (Booth et Koester, 1996). Ainsi ces approches n'apportent pas seulement des informations contextuelles pour mesurer les résultats obtenus mais sont aussi précieuses pour décrire les étapes compliquées qui se produisent lorsqu'on donne et reçoit des messages d'éducation à la santé (Rhodes *et al.*, 1991b).

(Rhodes *et al.*, 1991b) ont suggéré une série d'indicateurs de base pour les résultats, en précisant que l'efficacité d'une intervention de proximité peut se mesurer à la façon dont les populations cibles reçoivent et adoptent les pratiques de réduction des risques. Si on ne peut pas avoir cette information, alors des mesures plus urgentes comme des résultats cognitifs ou de comportement peuvent être prises, bien qu'elles ne suffisent pas à attester un changement de comportement. Une autre mesure possible est le degré avec lequel les populations cibles ont été contactées. Mais les auteurs reconnaissent que cette information peut aussi être limitée car le nombre de contacts pris dans les populations cibles est parfois faible. Une comparaison entre les projets de proximité doit aussi se faire avec précautions étant donné la diversité locale, régionale et nationale des populations cibles et des comportements de transmission du VIH (Rhodes *et al.*, 1991b).

Le style d'une évaluation doit s'adapter à l'évolution des besoins, devrait combiner dans l'idéal des méthodes qualitatives et quantitatives et comporter des mesures du travail et des résultats (voir (Rhodes *et al.*, 1991b ; et l'évaluation du projet CLASH dans Rhodes et Holland, 1992). Les évaluations sont plus utiles quand elles sont intégrées à l'ensemble du projet dès le départ, en collaboration avec les intervenants de proximité et les gestionnaires. Une recherche orientée sur l'action devrait nourrir un processus continu d'analyse et de mise en œuvre de l'intervention. Pour l'évaluation de programmes de prévention dans des réseaux communautaires, une analyse chronologique sans une étude expérimentale porte à la fois des points de force et de faiblesse. Le matériel qualitatif, s'il est difficile à mesurer, est essentiel au succès de tout projet de proximité. Les évaluations ne mesurent pas toujours la somme des contacts de proximité lorsque ces derniers sont supposés avoir eu lieu avant que les personnes reçoivent les équipements ou les services proposés par l'association. Cependant quand une association rencontre des résistances de la part de la population des consommateurs potentiels, les activités de proximité et le programme d'intervention ont tendance à se chevaucher. Richard *et al.* (1996) expliquent que les intervenants de proximité font partie de l'ensemble de l'intervention et ont des effets significatifs pas seulement sur l'équipe mais aussi sur la prestation de service même. Les questions d'évaluation et de mesures soulevées par les pré-contacts pris pour un travail de proximité peuvent être mieux abordées en améliorant la collecte des données quantitatives de ces contacts.

VERS UN SYSTEME D'INFORMATION EUROPEEN

L'Union Européenne, et l'EMCDDA en particulier, reconnaît les besoins d'informations évaluatives sur les interventions et les programmes de drogue, dont le travail de proximité, et le besoin de diffuser l'information sur l'efficacité des projets de proximité. La 'Première Conférence Européenne sur l'Evaluation de la Prévention de la Drogue' qui s'est tenue à Lisbonne en mars 1997 a conclu que des outils normalisés devront être développés pour mener à bien ces évaluations, et que la fiabilité et la validité de ces outils sont les clés de résultats durables (EMCDDA, 1998). Lors de cette rencontre, le travail de proximité a aussi été abordé, en particulier dans le contexte des drogues de synthèses et du travail pour la jeunesse avec les pairs (Lewis, communication personnelle).

Le fait que les outils d'évaluation sont souvent mis au point *ad hoc* pour des études spécifiques rend les comparaisons entre les projets très difficiles. La Banque des Outils Européens mise en place par l'EMCDDA est destinée à aider les financeurs, les chercheurs et les prestataires de service à faire face à ce genre de difficultés. La relation intime entre la recherche épidémiologique et beaucoup d'activités sur la prévention du VIH et des drogues a déjà amené un certain partenariat, pour certains depuis le milieu des années 80. La rapidité d'intervention souvent exigée par les projets de proximité ne leur laisse parfois pas assez de temps pour mettre en place des résultats et des indicateurs adaptés. La conférence de Lisbonne a mis l'accent sur le besoin d'impliquer tous les acteurs dans l'évaluation des interventions communautaires. Cela peut nécessiter une négociation constante pour définir les objectifs et les procédures de travail mais c'est presque toujours indispensable dans le travail de proximité communautaire.

EDDRA

Avec le questionnaire EDDRA, l'EMCDDA procède à une collecte systématique d'informations sur une large gamme d'activités de réduction de la demande en Europe afin de les inclure dans la base de données EDDRA. Le questionnaire comprend huit parties :

- identification ;
- passé et objectifs ;
- caractéristiques principales ;
- évaluation du programme ;
- résultats de l'évaluation ;
- budget ;
- résumé ;
- résultats.

Pour les projets destinés à être inclus dans la base de données, certaines parties du questionnaire sont obligatoires et d'autres sont facultatives. Des informations à la fois quantitatives et qualitatives sont recueillies. L'ensemble du questionnaire est disponible sur Internet, sur le site de l'EMCDDA : <http://www.emcdda.org/>.

CONCLUSION

Le questionnaire EDDRA ne comporte pas de questions concernant un inventaire informatisé des projets de proximité au niveau national dans les Etats membres, et il est apparu que les Points Focaux Nationaux n'ont pas nécessairement cette vue d'ensemble des projets de proximité dans leur pays. Une autre difficulté est que les activités de proximité se font dans le cadre d'associations de taille variable : elles peuvent être au centre d'un projet, être l'une des activités d'un organisme aux services variés, ou une partie intégrante d'un service plus spécifique comme un service à bas seuil. Faire l'inventaire des services de proximité existants pourrait être une tâche importante pour les Points Focaux de chaque Etat membre.

Si l'on veut faire le tour de l'ensemble des informations quantitatives et qualitatives sur le travail de proximité au niveau européen, la première question traiterait des pratiques actuelles de travail de proximité – comment les projets de proximité informent vraiment leurs services, quelles sortes de données recueillent-ils régulièrement (s'il y en a) et dans quel but ? S'ils font des évaluations, avec quelles méthodes ? De plus, les capacités et les limites des différents acteurs impliqués dans la collecte des données et l'évaluation devraient être estimées, en comprenant le service de proximité dans son ensemble, les intervenants, les groupes cibles, les financeurs et les décideurs politiques concernés. Certaines de ces questions sont générales – et d'autres types de services doivent aussi exprimer leur besoin croissant de collecte de données et d'évaluation dans leur travail de suivi de l'efficacité de leur prestation de service. Mais comme on l'a vu dans les chapitres précédents, le travail de proximité se caractérise aussi par une pratique particulièrement autonome, et c'est de cet angle particulier que la collecte de données et l'évaluation devraient être abordées.

L'EMCDDA a mis en place une saisie de plus en plus importante de données sur la prévalence et le traitement de l'usage de drogue, même si les informations recueillies sont encore plutôt quantitatives. Bien que le cadre général du

questionnaire EDDRA pourrait être pris comme point de départ, il faudrait garder à l'esprit que les projets de proximité de beaucoup de pays en sont encore à une phase exploratoire. Au niveau des Points Focaux Nationaux, aucun système n'a encore été mis en place pour la collecte de données sur les projets de proximité. Aussi faire l'inventaire de ces informations à une échelle européenne demanderait un énorme effort et un travail de conversion méthodologique.

Une question importante est de savoir si le travail de proximité se prête à la production des informations que l'EMCDDA recherche. Même si c'est le cas, la question centrale est inévitablement de savoir si ce sont les formes d'informations les plus demandées actuellement par l'ensemble de ceux qui font du travail de proximité. Ces questions méritent d'être prises au sérieux. Les résultats de l'étude qui est à la source de cet ouvrage montrent clairement que les intervenants de proximité ressentent un immense besoin d'information et d'un forum d'échange d'expériences. Ce besoin concerne les progrès dans les méthodes de travail, les directives, les méthodes de collecte de données, la formation et la coopération entre les différents types d'intervenants et de services, ce qui est sans doute plus important que le besoin d'informations factuelles. Une évaluation systématique des projets de proximité en est encore à ses premières étapes dans la plupart des pays, mais pas seulement à cause d'un manque d'intérêt ou de compétence. Cela vient aussi de la nature particulière du travail de proximité, ses relations avec les autres services, ses ressources inadaptées et les contextes politiques et sociaux dans lesquels il doit évoluer.

7 Présentation de chaque pays et exemples d'interventions

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les présentations des pays membre de l'Union Européenne sont plus ou moins développées ci-dessous. La plupart s'appuient sur des interviews d'informateurs-clé, mais là où cela n'a pas été possible elles proviennent d'enquêtes. D'autres ont été écrites par des experts du pays même. Chaque présentation commence par un résumé des caractéristiques principales du travail de proximité au niveau national. Les pays sont présentés par ordre alphabétique.

Allemagne

- | | |
|---|---|
| 1 | <i>Place dans la politique nationale</i> : importante |
| 2 | <i>Diffusion géographique</i> : dans la plupart des villes où la drogue est un problème reconnu |
| 3 | <i>Groupes cibles</i> : les usagers des drogues 'classiques' (réduction des risques) |
| 4 | <i>Méthodes</i> : travail en institution et travail de rue |
| 5 | <i>Statut</i> : institutionnalisé et expérimental |

VUE D'ENSEMBLE

A la différence de la plupart des autres pays européens, l'Allemagne a une documentation relativement détaillée sur le travail de proximité, bien que le concept même de travail de proximité y soit peu mentionné. Le terme anglais *street work* est plus couramment employé, mais aussi *Straßensozialarbeit* et *aufsuchende Sozialarbeit*. Un autre terme moins courant est *zugehende Sozialarbeit* (AIDS-Hilfe, 1997). Unique en Europe, le périodique professionnel *Streetcorner*, *Fachzeitschrift für aufsuchende soziale Arbeit*, paraît plusieurs fois par an. Chaque numéro présente des descriptions de plusieurs projets de proximité ainsi que des débats théoriques, et ce périodique a plus récemment également abordé des sujets comme l'efficacité (Bassarak, 1995), les caractéristiques et les normes de qualité (Schaffanek, 1996) et le contrôle de qualité (Krebs, 1997). Egalement unique en Europe est le fait que la théorie et la pratique du travail de proximité auprès des usagers de drogues soient enseignés dans des formations professionnelles, par exemple dans des écoles supérieures professionnelles de travail social (voir Schmidt et Visser, 1997).

Le travail de proximité est un concept important dans la politique nationale de la toxicomanie. Ses objectifs sont définis au niveau national et sont orientés à la fois sur la réduction de la demande et sur la réduction des risques. Ils sont les suivants :

- Identifier les populations difficiles à joindre et entrer en contact avec elles ;
- Favoriser l'accès et la prise en charge dans les services ;
- Proposer des services adaptés, une prévention bien ciblée et des initiatives de réduction de la demande ;
- Promouvoir les gestes de sécurité dans la prise de drogues et les relations sexuelles.

Des associations locales et des groupes d'autosupport ont été les premiers à initier un travail de proximité en Allemagne. La plupart des villes où la drogue est un problème reconnu ont des projets de proximité, surtout en direction des usagers des drogues 'classiques' mais également parfois auprès des usagers des 'nouvelles' drogues, dans une perspective de réduction des risques.

Le travail en institutions se pratique régulièrement, le travail de rue quelquefois et rarement le travail au domicile des usagers. A Francfort-sur-le-Main par exemple, le travail de rue est la méthode la plus courante. Les services de proximité proviennent en général de services de prise en charge de la toxicomanie et quelquefois de services pour le sida ou de groupes d'autosupport. Des organismes publics aussi bien que des associations sont financés pour du travail de proximité qui peut être institutionnalisé ou expérimental. Le modèle de financement le plus courant vient du niveau régional vers les projets de proximité, avec ou sans intermédiaires au niveau local. Certains de ces services de proximité ont été évalués.

UN EXEMPLE D'INTERVENTION : LE PROJET DE RUE POUR LE CRACK

Le cadre

Le Projet de Rue pour le Crack, à Francfort-sur-le-Main, a été mis en place en 1997 par La Strada, un organisme pour les usagers de drogues ayant le sida. La Strada qui a six employés a mis en place un lieu de rencontre à bas seuil avec des services de conseil et un service d'échange de seringues, une salle d'injection et un hébergement d'urgence pour les usagers sans-abri. Le Projet de Rue pour le Crack travaille en partenariat, La Strada assurant la prise en charge sanitaire du sida, l'association Walkman le travail auprès des jeunes et l'association Malteser Hilfsdienst les services médicaux.

Les méthodes

Une scène de crack et de cocaïne s'est mise en place à Francfort ces dernières années, à côté de la scène d'héroïne existante, comprenant de 300 à 500 usagers de crack sans aucuns services à leur disposition. Ce projet de proximité est particulièrement remarquable, du fait du groupe cible choisi et de la méthode intégrée utilisée qui associe plusieurs institutions et disciplines. Une phase initiale pilote de trois mois, qui a commencé en septembre 1997, a montré que le travail en équipe interdisciplinaire était très efficace.

Début 1998, le noyau dur de la scène comprenait environ 200 usagers de crack vivant principalement dans la rue. Ce groupe très mobile comprend quatre sous-groupes :

- des adolescents et de jeunes adultes ;
- des usagers d'héroïne ;
- des participants à des programmes de substitution ;
- des immigrants sans papiers.

Le projet cible surtout ces groupes et intervient en cas de crise, offre une aide pour l'hébergement, des recommandations pour des lieux de désintoxication ou d'autres types de centres de traitement, des informations sur le VIH et le sida, de l'acupuncture, un soutien dans les rapports avec les institutions officielles et des recommandations auprès d'autres services pour les jeunes ou auprès de services de prise en charge de la toxicomanie. Près de 100 usagers sont contactés par mois.

A côté de ce noyau dur de la scène, il y a également un grand nombre d'usagers de crack qui achètent leurs doses dans la rue mais qui ont gardé une vie sociale insérée dans les communautés où ils vivent, par exemple dans les clubs de jeunes du quartier. Parce que ces usagers sont plus difficiles à atteindre par du travail de rue, le projet assure également la formation des services locaux sur la consommation du crack et il les soutient quand cela s'avère nécessaire en proposant des soins individuels aux usagers de crack.

Le financement

Le projet reçoit un financement ponctuel et a un budget annuel de 101 260 euros.

Autriche

- | | |
|---|---|
| 1 | <i>Place dans la politique nationale</i> : importante |
| 2 | <i>Diffusion géographique</i> : dans la plupart des villes où la drogue est un problème reconnu |
| 3 | <i>Groupes cibles</i> : les usagers des drogues 'classiques' (réduction des risques du VIH et des autres risques) ; les usagers des 'nouvelles' drogues (en cours de développement) |
| 4 | <i>Méthodes</i> : travail de rue et en institution |
| 5 | <i>Statut</i> : institutionnalisé |

VUE D'ENSEMBLE

Le travail de proximité, ou *Streetwork*, a une longue tradition en Autriche, particulièrement dans le domaine des drogues (Hacker et David, 1996). Il est d'abord apparu à Vienne en 1979 et s'est surtout inspiré du modèle de travail en direction de la jeunesse et de l'*Erlebnispädagogik* (Rinnerbaner, 1995).

Le travail de proximité joue un rôle important dans la politique nationale des drogues en Autriche. Bien que ce travail n'est pas explicitement mentionné dans les documents concernés, il existe plusieurs programmes sur la toxicomanie au niveau fédéral dans les Länder. On note une tendance à la régionalisation et les régions où la santé prend en compte les questions de drogue sont déjà décentralisées (ÖBIG, 1997). Des rapports qui mettent l'accent sur la santé plutôt

que sur le renforcement de la loi sont soumis annuellement au Ministère fédéral du Travail, de la Santé et des Affaires Sociales et à l'EMCDDA.

Il existe actuellement des projets de proximité dans la plupart des villes où la drogue est un problème reconnu, comme Graz, Innsbruck, Salzbourg et Vienne, avec l'objectif particulier d'entrer en contact avec les populations cachées des usagers de drogues. Un des aspects importants de ce travail est l'envoi des personnes vers d'autres services et les contacts avec ces services (ÖBIG, 1997).

Les activités de proximité évoluent également dans d'autres domaines et s'installent dans de nouveaux quartiers. En 1995 par exemple, ces activités se sont développées à la suite d'une augmentation des overdoses de drogue. L'association CONTACT à Vienne rencontre les usagers de drogues qui ont fait une overdose, dans la mesure où ces usagers semblent accepter ce service. Ils sont dirigés vers divers autres services de drogue et peuvent également retourner voir CONTACT de leur propre initiative.

Les usagers des drogues 'classiques' sont le principal groupe cible des activités de proximité. Ils sont contactés régulièrement, à la fois pour la prévention du VIH et pour la réduction d'autres risques. Diverses initiatives en direction des usagers des 'nouvelles' drogues se développent aussi actuellement, comme 'No Drugs' (1996) dans l'Etat fédéral de Vorarlberg, et on recrute des pairs leaders pour diffuser des messages de prévention ('la musique suffit à un vrai raver'). En 1996, des activités de proximité ont également ciblé la jeunesse marginalisée.

Les gouvernements locaux ont été les premiers à promouvoir du travail de proximité en Autriche. Il ne semble pas qu'un modèle unique, une théorie ou une source principale d'inspiration ait prédominé, mais c'est le travail de rue qui se pratique le plus souvent, et parfois le travail en institutions. Les services de proximité sont généralement mis en place par des associations pour la toxicomanie, des organismes de travail auprès de la jeunesse et des services socio-sanitaires (surtout des associations), et la plupart obtiennent un financement de leur structure plutôt qu'un financement *ad hoc*.

Les financements vont en général directement du niveau régional vers les associations et les projets, mais il existe aussi des financements directs des services venant du niveau local. Le financement au niveau national est rare.

UN EXEMPLE D'INTERVENTION :

LE TRAVAIL DE RUE A VIENNE

Le cadre

Streetwork Wien fait partie du Verein Wiener Sozialprojekte, une association sans but lucratif, financée par le gouvernement et fondée en 1990. En plus du travail de proximité, elle comprend un centre de conseil, un bus mobile qui fait de l'échange de seringues et une boutique. Le travail de proximité est pratiqué par 13 intervenants, tous des professionnels du travail social. Un médecin peut aussi être consulté de façon anonyme et gratuite.

Les méthodes

Les intervenants de proximité visitent les quartiers où les usagers de drogues se rassemblent, suivant un programme mensuel. Environ 50 usagers par mois sont contactés. Les exemples suivants sont des quartiers visités par les intervenants de proximité :

- Karlsplatz (une gare souterraine au cœur de Vienne) héberge la scène de drogues la plus ancienne, où 'squattent' 20 à 50 personnes. Les drogues consommées sont surtout des médicaments, mais les usagers peuvent s'infecter en les chauffant et en les filtrant.
- Westbahnhof (la Gare de l'Ouest) est une scène plus petite que la précédente et qui change souvent d'emplacement. Les drogues consommées sont l'héroïne et la cocaïne par injection intraveineuse.

Les intervenants de proximité portent un 'sac à dos de proximité' contenant un sac de respiration artificielle, une trousse de premier secours, des gants d'examen, un téléphone portable, des préservatifs, des documents d'information, des seringues à échanger et une liste des institutions socio-sanitaires.

Projets particuliers

Depuis l'automne 1996, des projets spéciaux ont ciblé la prostitution masculine et féminine. Les prostitués travaillent dans les toilettes publiques du réseau de transport et dans les quartiers d'homosexuels, et les prostituées travaillent dans des endroits connus. On leur distribue des préservatifs et des informations sur les gestes de sécurité dans les relations sexuelles. La protection contre les violences est une question majeure.

Un autre groupe cible est la scène alternative de jeunes – qui n'est pas particulièrement une scène de drogue mais un lieu où les jeunes se retrouvent, et parmi eux beaucoup de jeunes des minorités ethniques de la seconde génération.

Lorsque le travail de proximité a commencé dans cette scène en 1996, il y avait près de 200 personnes ciblées, mais en 1998 il n'en restait qu'une cinquantaine. Là, le travail de proximité consiste surtout à parler avec les groupes de jeunes et le travail est très différent de celui des 'vraies' scènes de drogue.

Un autre nouveau projet teste les cachets d'ecstasy et, environ deux fois par an, diffuse des informations sur les risques de la consommation d'ecstasy dans les plus grandes 'raves'.

Le financement

Ce projet reçoit un financement du gouvernement et a un budget annuel d'environ 17 380 euros.

Belgique

Communauté francophone

- 1 *Place dans la politique nationale* : en développement
- 2 *Diffusion géographique* : dans toutes les villes où la drogue est un problème reconnu
- 3 *Groupes cibles* : les usagers des drogues 'classiques' et les usagers des 'nouvelles' drogues (réduction des risques et de la demande)
- 4 *Méthodes* : travail de rue et en institution
- 5 *Statut* : institutionnalisé

Communauté flamande

- 1 *Place dans la politique nationale* : en développement
- 2 *Diffusion géographique* : dans toutes les villes où la drogue est un problème reconnu
- 3 *Groupes cibles* : les usagers des drogues 'classiques' (réduction du risque VIH et des autres risques)
- 4 *Méthodes* : travail de rue
- 5 *Statut* : expérimental

VUE D'ENSEMBLE

Au milieu des années 70, un nouveau cadre légal a été mis en place en Belgique pour le travail social et les activités de prévention, dans lequel les associations bénévoles jouent un rôle prédominant. Des financements ont été mis en place pour développer les méthodes de travail social, en particulier le travail auprès des jeunes. A la même époque, le travail de rue auprès des jeunes qui ont des problèmes sociaux s'est étendu à la prévention primaire. Une loi pour combattre l'abus de drogues et proposer des services de soins a été adoptée en 1975 et le secteur bénévole a mis ce type d'intervention au centre de ses activités. L'ensemble de ce travail a aussi reçu l'influence des politiques alternatives mises en place aux Pays-Bas.

Un changement radical dans le rôle des pouvoirs publics s'est produit dans les années 80, accordant une importance nouvelle aux activités locales. L'approche sectorielle et hiérarchisée a été remplacée par une approche insistant sur un travail horizontal et sur la participation. Une nouvelle politique s'est mise en place dans les municipalités, amenant à revoir les relations entre les formes publiques et privées d'intervention, et la décentralisation s'est accompagnée d'une réduction substantielle des financements. Ces changements politiques ont abouti aux premiers 'contrats de sécurité publique' (*veiligheidscontracten*). Vers la fin des années 80, sous l'influence de l'épidémie du sida, plusieurs projets de réduction des risques ont été lancés dans le secteur bénévole, de façon expérimentale (Jacques et Goosdeel, 1990).

Avec la mise en place des contrats de sécurité, les problèmes sociaux ont été analysés en fonction de leurs aspects sécuritaires, de façon à réduire le sentiment général d'insécurité, à protéger les citoyens ordinaires et à restaurer leur confiance dans les pouvoirs publics. Les manifestations de Bruxelles en 1991 et la montée des votes d'extrême-droite dans les élections parlementaires ont beaucoup influencé ces changements d'attitude. L'intervention locale et un esprit de contrat ont refait surface quand les contrats de sécurité ont été mis en place dans les quartiers urbains concernés.

En 1992, des 'contrats de sécurité' ont été mis en place de façon expérimentale, comprenant une partie qui concerne la réorganisation de l'approche politique, l'autre partie comportant des mesures de prévention. L'objectif est de décompartmenter les différents niveaux d'action et de mener une politique qui intègre les divers secteurs pour réduire les risques sanitaires et la criminalité. L'ensemble est coordonné par la personne responsable de la prévention au niveau municipal, qui rédige également les propositions politiques sur les questions de sécurité.

Cette nouvelle politique a rencontré un succès croissant et a été mise en place partout dans le pays – bien que dans la plupart des cas cela se soit fait sans la participation de ceux qui travaillent à la base. Cela a amené un affaiblissement du secteur bénévole et une importance nouvelle accordée à l'ordre public. Dans le même temps, le travail social a été redéfini en faisant de la prise en charge des questions de drogue une tâche partagée par le gouvernement fédéral (les Ministères des Affaires Sociales et de l'Intérieur) et par les régions (Wallonie, Flandre et Bruxelles) qui sont responsables de la réinsertion et de la prévention secondaire et tertiaire. Les Communautés (Francophone et Flamande) ont la charge de la prévention primaire.

La question de la drogue, liée à la petite criminalité et au sentiment d'insécurité, est rapidement devenue centrale en Belgique. En 1995, une série de mesures politiques sur les drogues ont été prises. Les pouvoirs locaux déjà impliqués dans les contrats de sécurité ont reçu la consigne de mettre en place de nouveaux projets consistant en particulier en hébergements pour les usagers de drogues les plus marginalisés, et en 'centres de transit' pour favoriser les liens entre les pouvoirs judiciaires et les services socio-sanitaires. Une fois que les objectifs ont été définis et les financements disponibles, une approche de rue ou de proximité auprès des usagers de drogue, centrée sur la réduction des risques, pouvait être mise en place.

Parallèlement à cette évolution et indépendamment, le secteur bénévole a pris des initiatives dans le travail de rue ou de proximité, notamment le projet *Boule de Neige* mis en place dès 1989. L'idée était de développer la prévention par les pairs, en faisant une éducation des usagers de drogue en matière de santé et de préservation de soi. Ils devaient faire passer le message à leurs amis usagers de drogue qu'on ne pouvait pas joindre autrement. En 1994, l'échange de seringues a commencé. D'autres initiatives ont été prises dans les festivals de musique ou les grandes boîtes de nuit. Les services des urgences, les pharmacies et les projets 'boule de neige' ont tous été impliqués pour diffuser des informations aux usagers de drogue. Des projets de substitution à la méthadone se sont mis en place à cette époque.

Parce qu'elle a été associée à l'ordre public et au contrôle, la mise en place des contrats de sécurité a contribué à créer des conflits dans le secteur de la prise en charge en toxicomanie, et plus généralement dans celui du travail social même. En empiétant sur le champ d'action du secteur bénévole traditionnel, l'approche sécuritaire a mis en compétition les différents acteurs, les pouvoirs de la santé publique et de la police se partageant le même domaine et menant ostensiblement les mêmes politiques. Les acteurs du secteur bénévole ont rencontré des difficultés croissantes à préserver les droits des usagers de drogues, dans un contexte de contrôles renforcés de leurs activités.

UN EXEMPLE D'INTERVENTION : BOULE DE NEIGE

Le cadre

En 1989, le Département de Réduction des Risques de la Communauté Belge Française a mis en place le projet *Boule de Neige* à Bruxelles, Charleroi et Liège, et des projets semblables démarrent actuellement dans près de dix municipalités chaque année. Le projet est un programme officiel de santé publique et est financé par la Communauté Belge Française. En septembre 1997, il s'est étendu à un réseau européen avec le soutien de la Commission Européenne. Ce projet repère et contacte les usagers injecteurs de drogues pour les aider à prendre en charge leur santé, leur proposer des alternatives aux comportements à hauts risques et pour favoriser des mesures de réduction des risques.

Boule de Neige a près de sept intervenants professionnels à temps partiel et en affectation temporaire. Ces professionnels recrutent et forment environ 150 ex- ou actuels usagers de drogues pour qu'ils contactent leurs pairs et relaient l'information. Ces anciens usagers sont payés pour leur travail et sont appelés *jobistes*, comme on appelle en général les étudiants intérimaires en Belgique Francophone. Les *jobistes* représentent un total de 1000 contacts sur le terrain.

Les méthodes

Les travailleurs professionnels sont d'abord recrutés, ce qui prend environ six mois. Puis ils recrutent les *jobistes* (2 à 4 mois) et leur donnent 4 à 6 sessions de formation. Les pairs vont ensuite sur le terrain et diffusent de l'information, des documents et un questionnaire (1 mois). Une évaluation est menée, les données sont analysées et une nouvelle campagne démarre. Les pairs sont invités à proposer leur candidature pour l'opération suivante. Des usagers de drogues sont embauchés pour aider à diffuser les documents pédagogiques comme la bande dessinée *Info un tox*.

Même si le questionnaire amène des informations sur le groupe cible, ce n'est pas l'objectif principal qui est plutôt d'atteindre les personnes et de les encourager à partager des informations avec les usagers de drogues et les intervenants de rue. Les avantages à travailler avec des pairs sont les suivants :

- Ils établissent plus facilement des relations avec les groupes cibles ;
- Ils accroissent la légitimité du projet aux yeux des usagers ;
- Ils ont accès à des populations difficiles à joindre ;

- Ils représentent une occasion pour les professionnels et les anciens usagers d'échanger des savoirs et des expériences.

Projets particuliers

Depuis ses débuts, *Boule de Neige* a mené plus de 90 campagnes en Belgique, toujours en coopération avec un service à bas seuil. Quelques initiatives spontanées provenant du projet comprennent des stands dans des concerts de rock, la diffusion de prospectus, la création de groupes de travail et des contacts avec les pharmaciens et les médecins généralistes.

Cette méthode de 'prévention participante' représente une façon unique et remarquable d'apprendre des usagers quels facteurs facilitent ou non le renoncement de comportements à risques. C'est ainsi que *Boule de Neige* a programmé et diffusé des prospectus en coopération avec les usagers et mis en place des programmes comme l'échange de seringues, la prévention en prison, des salles de repos dans les raves et des test d'ecstasy.

Le financement

Le projet reçoit un financement chaque année, conformément à une convention annuelle de financement avec la Communauté Française. Son budget annuel est d'environ 40 000 euros.

Danemark

- | | |
|---|---|
| 1 | <i>Place dans la politique nationale</i> : importante et en développement |
| 2 | <i>Diffusion géographique</i> : dans la plupart des villes où la drogue est un problème reconnu |
| 3 | <i>Groupes cibles</i> : les usagers des 'nouvelles' drogues (réduction de la demande) |
| 4 | <i>Méthodes</i> : travail de rue et à domicile |
| 5 | <i>Statut</i> : institutionnalisé dans le cadre de services plus larges |

VUE D'ENSEMBLE

Bien que le travail de proximité devienne un aspect important de la politique nationale des drogues au Danemark, il en est encore à un stade de développement et n'est pas mentionné dans les documents de la politique nationale de drogue.

Les services et pouvoirs locaux et les associations privées ont été les premiers à initier un travail de proximité au Danemark, mais il n'y a pas eu un modèle ou une théorie qui ait influencé son développement. Les centres pour l'abus de drogues d'Esbjerg et Steen Bach ont cependant été des sources majeures d'inspiration pour le travail de proximité.

Au niveau national, les objectifs du travail de proximité sont les suivants :

- repérer les populations difficiles à joindre et prendre contact avec elles ;
- faciliter l'accès et la prise en charge dans les services ;
- mettre en place des services adaptés, assurer une prévention bien ciblée et des initiatives de réduction de la demande.

Des projets de travail de proximité existent dans la plupart des villes où la drogue est un problème reconnu, surtout auprès des usagers des 'nouvelles' drogues, dans une perspective de réduction de la demande. Les usagers des drogues 'classiques' au Danemark sont rarement la cible d'activités de proximité.

Il s'agit le plus souvent d'un travail de rue ou au domicile des usagers, mais rarement du travail en institutions. Les activités de proximité sont généralement prises en charge par des organismes institutionnalisés et établis : des services de toxicomanie, des services sanitaires et des associations travaillant auprès des jeunes.

De nombreux modes de financement coexistent en ce qui concerne le travail de proximité au Danemark, provenant directement ou indirectement du niveau national, régional et local. Le plus courant est le financement direct des activités et des projets par l'Etat, puis le financement par l'Etat via la région. Le financement des activités de proximité concerne à la fois des services publics et des associations privées. Certaines expériences ont été évaluées, mais aucune documentation n'est disponible.

Espagne

- 1 *Place dans la politique nationale* : marginale
- 2 *Diffusion géographique* : dans certaines villes où la drogue est un problème reconnu
- 3 *Groupes cibles* : les usagers des drogues 'classiques' (travail orienté vers le VIH)
- 4 *Méthodes* : travail de rue
- 5 *Statut* : expérimental

VUE D'ENSEMBLE

Décrire le statut du travail de proximité en Espagne n'est pas une tâche facile. A première vue il peut sembler qu'il n'existe aucune vraie tradition de travail de proximité, mais l'autonomie relative des régions fait qu'il est difficile de tirer des conclusions générales. Le travail de proximité est un concept marginal dans la politique des drogues en Espagne et des objectifs restent à définir au niveau national. L'expression-même d'*outreach work* est peu connue et n'a pas été conceptualisée ni définie au niveau des objectifs. On emploie plutôt des termes français comme *travail à bas seuil* et *travail de proximité*, ou leurs traductions espagnoles.

La réduction des risques est plutôt prise en charge par des associations privées qui doivent négocier chaque année des subventions avec l'Etat ou les pouvoirs régionaux et locaux. La réponse de l'Espagne au sida est venue lentement, et pas toujours de façon à faire face à l'ampleur du problème. Les programmes d'échange de seringues ont par exemple été mis en place assez tard et la première conférence nationale sur la prévention du VIH chez les usagers injecteurs ne s'est pas tenue avant 1994.

On estime qu'il y a à Barcelone entre 8 000 et 10 000 usagers injecteurs, dont un quart de femmes. Depuis 1991, il y a eu une légère baisse du nombre des usagers injecteurs et une augmentation de ceux qui inhalent ou fument des drogues, en particulier chez les usagers plus jeunes ; mais la majorité des usagers sont encore des injecteurs. La drogue la plus couramment consommée est l'héroïne blanche, l'héroïne brune étant également disponible à certaines périodes de l'année. L'héroïne est souvent associée avec de la cocaïne, de l'alcool et des benzodiazépines, et une montée de la consommation de cocaïne a également été observée ces dernières années.

Des programmes de méthadone ont commencé à petite échelle en 1987 et se sont étendus après 1992. Le premier programme d'échange de seringues a été mis en place à la fin des années 80 et cela s'est développé entre 1993 et 1996. En 1997, plus de 130 000 seringues et 50 000 préservatifs ont été distribués à Barcelone. La ville a un réseau de soins particulier pour les usagers dépendants, qui propose des services sanitaires publics ou privés. Ce réseau, comme les programmes de réduction des risques, est intégré dans le *Pla d'Acció sobre Drogues* de Barcelone, qui a un budget de 309 000 Euros.

Voici quelques exemples de travail de proximité pratiqués en Espagne :

- *Instituto Genus* : groupe qui travaille dans la rue et dont les activités sont très proches de la scène de drogue de Madrid ;
- *Isidrobus* : bus d'échange de seringues à Madrid ;
- *Médicos sin Fronteras* : bus travaillant à Barcelone auprès de groupes marginaux, dont des usagers de drogues ;
- *Médicos del Mundo* : programmes d'échange de seringues dans plusieurs villes espagnoles ;
- *ABS* : travail de proximité dans la scène d'ecstasy de Barcelone.

UN EXEMPLE D'INTERVENTION :

SAPS

Le cadre

Le *Servei d'Atenció i Prevenció Socio-sanitaria per a drogodependents* (SAPS) propose un hébergement de nuit pour les usagers de drogues les plus marginalisés de Barcelone et est classé comme *centro de encuentro y acogida* (centre de rencontre et accueil – IGIA, 1996). Il a été mis en place en avril 1993 après une période assez longue de négociation sur ses objectifs et son emplacement, avec le soutien financier du gouvernement et des instances régionales et locales. Au départ, il était prévu un centre social d'urgence pour les usagers de drogues marginalisés, avec l'objectif fondamental de chercher à entrer en contact avec les usagers qui avaient peu de contacts avec les services sanitaires et sociaux officiels. Un programme d'échange de seringues a été ajouté plus tard. Le centre se situe dans l'aile d'un centre de soins d'urgence et on

y accède par l'escalier de secours. Les locaux sont trop étroits pour le volume des personnes qui viennent au centre. L'échange de seringues se fait dans le hall d'entrée par lequel on a accès aux autres parties du centre.

Les méthodes

Le personnel comprend neuf infirmières diplômées, des éducateurs et des travailleurs sociaux qui travaillent en équipes hebdomadaires, par petits groupes. Un médecin, un gynécologue et un avocat font également partie du centre. Les locaux sont ouverts la nuit de 22 h à 6 h, sept jours sur sept, y compris pendant les vacances, et la seule règle est 'pas de deal, pas de consommation et pas de bagarres'. Le programme d'échange de seringues est souple ; les seringues sont distribuées même si on ne rend pas de seringues usagées, et le nombre de seringues par jour ou par visite n'est pas limité. On demande aux usagers leur nom (qui peut être un faux nom) pour que le personnel puisse compter le nombre de clients du centre.

Le centre reçoit directement du gouvernement régional le matériel à distribuer, comprenant des seringues individuelles ou séparables d'1cc d'insuline, des tampons d'alcool, des flacons de 5cc d'eau distillée et des préservatifs. Les préservatifs sont généralement distribués par trois à la fois, mais ce nombre passe à six pour les clients travaillant dans la prostitution. Le programme propose également des seringues de 2cc et des aiguilles intramusculaires, du papier d'aluminium et des flacons individuels de 5cc pour les usagers qui apportent en échange un grand nombre de seringues. En plus du matériel de prévention, le centre propose également de la nourriture, des services d'hygiène, des vêtements, des services médicaux et infirmiers, une assistance sociale, de l'aide juridique et quelques médicaments et traitements médicaux. Il pratique des analyses de sang pour vérifier l'état général et le VIH. Il y a aussi des tests de Mantoux pour la tuberculose, des tests de grossesse, des vaccins contre la grippe, le tétanos, la pneumonie et l'hépatite B. Ce centre fournit de plus d'informations sur les gestes de sécurité concernant les relations sexuelles et les modes de consommation de drogues.

La plupart des clients de l'échange de seringues vivent dans les alentours, bien qu'en été le nombre de visiteurs double, comprenant des personnes venant d'autres quartiers de la ville et même d'autres régions d'Espagne et d'Europe. Ces dernières années, un nombre considérable de clients d'Afrique du Nord sont passés au centre, surtout pour de la nourriture et des services d'hygiène.

A part les protestations des voisins à l'ouverture du centre, il n'y a pas eu de conflits avec le quartier, probablement parce que le centre est peu visible et qu'il est situé dans un centre de soins. Il n'y a pas eu non plus de problèmes majeurs avec la police et ce centre reste régulièrement en contact avec le commissariat de police du quartier. Certains clients ont cependant raconté qu'ils ont été arrêtés et fouillés par la police et que leurs seringues ont parfois été confisquées. Une plus forte présence policière dans le quartier ces dernières années a pu amener les usagers dealers à migrer vers d'autres quartiers.

L'équipe du centre remplit un registre quotidien du nombre de personnes qui sont passées et du nombre de services utilisés par chacun. Tous les clients qui demandent une aide sociale ou sanitaire ont un dossier individuel pour permettre un suivi. On recueille parfois des données qualitatives et quantitatives sur les comportements à risque des usagers et la prévalence du VIH, et le centre publie chaque année le compte-rendu quantitatif et qualitatif de ses activités.

Le financement

SAPS reçoit un financement régulier et a un budget annuel de 309 000 Euros.

Finlande

- | | |
|---|---|
| 1 | <i>Place dans la politique nationale</i> : en développement |
| 2 | <i>Diffusion géographique</i> : dans certaines villes |
| 3 | <i>Groupes cibles</i> : les usagers des 'nouvelles' drogues (réduction de la demande) |
| 4 | <i>Méthodes</i> : travail de rue, expérimental |
| 5 | <i>Statut</i> : faisant partie de services socio-sanitaires ou pour les jeunes |

VUE D'ENSEMBLE

Des services locaux et des associations privées ont été les premiers à initier du travail de proximité en Finlande, Gunnel Eribom (Fondation A-Clinic) étant reconnu comme étant à l'origine de ces expériences. Aucun modèle particulier ou théorie n'ont joué un rôle essentiel sur l'histoire et l'évolution du travail de proximité en Finlande.

Le travail de proximité n'a pas encore une place reconnue dans la politique nationale de drogue mais il a été cité dans plusieurs documents, comme les Propositions pour une Stratégie Nationale contre les Drogues, en 1997 (sous le titre

de 'détection rapide du problème et intervention rapide') et le Projet National de Prévention de l'Abus de Drogues chez les Jeunes, en 1993, où il est surtout fait référence au travail de proximité 'professionnel'.

Les objectifs définis au niveau national sont les suivants :

- développer des services adaptés ;
- mettre en place une prévention bien ciblée et des initiatives de réduction de la demande ;
- développer des méthodes pour entrer en contact avec les populations difficiles à joindre (principalement pour prévenir les maladies infectieuses et favoriser des méthodes d'intervention précoce).

Bien que la consommation de drogues en Finlande soit beaucoup plus faible que dans beaucoup d'autres pays – avec l'alcool qui reste la drogue la plus consommée, même chez les jeunes – l'envie de faire l'expérience d'autres drogues se développe.

On peut trouver des projets de proximité dans certaines villes où la drogue est un problème reconnu, mais la plupart des projets en sont encore au stade expérimental. A ce jour, les groupes cibles parfois contactés sont des usagers de 'nouvelles' drogues, dans une perspective de réduction de la demande. Les organismes qui font du travail de proximité sont le plus souvent des services socio-sanitaires ou des organisations travaillant auprès des jeunes. Il se pratique parfois du travail de rue, rarement du travail en institutions et jamais de travail au domicile des usagers. L'une des difficultés rencontrée en Finlande pour le travail de rue est le climat rude qui ne permet pas de rester facilement dehors.

On trouve deux modèles majeurs de financement du travail de proximité. Le plus important est le financement direct des organismes et projets par les pouvoirs locaux. L'autre modèle est le transfert des budgets du niveau régional vers le local puis vers les organismes. Selon ces deux modèles, des organismes publics ou privés sont financés pour des activités de proximité. La plupart des projets de proximité ont produit des rapports sur leurs activités.

UN EXEMPLE D'INTERVENTION :

NUORTENTURVAVERKKO (NTV – UN RESEAU DE SANTE POUR LES JEUNES)

Le cadre

Le projet de proximité NTV a été créé en 1996 par la Fondation A-Clinic, qui regroupe plusieurs organismes fournissant des services liés à l'alcool, les drogues et d'autres formes de dépendance. Environ 350 personnes de la Fondation travaillent dans des unités locales, le bureau national étant à Helsinki.

Les méthodes

NTV pratique une approche globale des jeunes qui ont des problèmes sociaux ou de dépendance, dans leur environnement naturel. Une moyenne de 10 à 20 usagers sont contactés chaque mois.

Les objectifs majeurs du projet NTV sont de favoriser et de mettre en œuvre des modèles et des méthodes de travail de proximité pour les jeunes marginaux et à risques qui ne peuvent pas ou ne veulent pas utiliser le réseau des soutiens et services sociaux existants. NTV met l'accent à la fois sur la réduction de la demande et la réduction des risques et coopère avec d'autres organismes et services. Les deux intervenants professionnels du projet jouent plusieurs rôles, comme consultants, experts et coordinateurs de projet.

Projets particuliers

• L'expérience du centre commercial

En 1996-97, le premier travail de NTV a été d'organiser dans des centres commerciaux des activités en direction des parents d'adolescents qui ont peu de temps à consacrer à leurs enfants et qui ne participent pas à des activités comme les réunions de parents d'élèves, pour leur donner l'occasion de parler des joies et difficultés de l'éducation. Un centre commercial particulièrement fréquenté par les familles a été choisi et on y a distribué une brochure d'information sur les problèmes des adolescents.

• Le Réseau

Le projet de réseau a ciblé des jeunes qui ont une dépendance lourde aux ordinateurs et aux contacts par Internet. Une équipe de jeunes et de professionnels a conçu un site web pour les jeunes, abordant des sujets qui les intéressent.

• Une Chose

Ce projet a commencé fin 1997, ciblant les jeunes qui ont des problèmes sociaux ou de dépendance. C'est un public est difficile à joindre et des contacts ont été pris dans des endroits comme les rues, les salles de jeux des galeries

marchandes et les boîtes de nuit. La méthode est de travailler avec des pairs qui présentent ensuite aux jeunes les intervenants de proximité.

Le financement

NTV reçoit un financement régulier tous les trois ans.

France

- 1 *Place dans la politique nationale* : en développement
- 2 *Diffusion géographique* : dans les villes où la drogue est un problème reconnu
- 3 *Groupes cibles* : les usagers des drogues 'classiques' (orientation sur le sida et la réduction des autres risques) ; les usagers des 'nouvelles' drogues (en développement)
- 4 *Méthodes* : travail de rue et en institutions
- 5 *Statut* : expérimental, à l'initiative de groupes d'autosupport des usagers de drogues et d'associations sur le sida

VUE D'ENSEMBLE

Le travail de proximité en France a débuté par des initiatives privées, juste après la seconde guerre mondiale, pour apporter une aide préventive spécialisée aux jeunes en difficulté. Cette forme de travail social a été officiellement reconnue et financée par les pouvoirs publics à partir de 1963. Le décret de 1972 a officiellement confirmé cette reconnaissance et défini les tâches, la structure organisationnelle et le mode de financement du travail de proximité. L'objectif fixé est de rencontrer les jeunes dans leur environnement propre, sans l'intervention des pouvoirs judiciaires ou des administrations. L'approche doit respecter l'anonymat des jeunes et l'intervention ne se fait qu'avec leur libre consentement (Monier, 1982). Des clubs d'action préventive se montent alors dans toutes les 'zones à problème' en France. Grâce à leur mandat et à leur mode d'action, les intervenants auprès des jeunes peuvent observer les tendances locales ou plus générales, en particulier en matière de consommation de substances psychotropes.

En 1982, après la décentralisation mise en place par le gouvernement, le travail social et la prévention passent sous la responsabilité des pouvoirs régionaux, départementaux et municipaux, alors que l'abus de drogue reste du ressort de l'Etat central. Dans ses premières étapes, cette décentralisation a eu des effets désastreux sur la prévention et sur la prise en charge des diverses formes d'abus de substance, et la nouvelle répartition du travail a incité les intervenants des clubs de jeunes à se détourner de ces problèmes. Puisque l'abus de drogue était du ressort de l'Etat et que les clubs de prévention relevaient des régions, les toxicomanes furent dorénavant systématiquement renvoyés vers les centres de soins spécialisés. Même si quelques tentatives législatives ont essayé d'impliquer les pouvoirs locaux dans la politique de prévention des drogues, la première vraie démarche n'a pas eu lieu avant le décret n° 92-520 de la Direction Générale de la Santé (DGS) en juin 1992.

Ce décret demande aux centres de soins spécialisés financés par l'Etat de se concentrer sur le traitement résidentiel, poussant ainsi les pouvoirs locaux à développer leur propre cadre de prévention de l'abus de drogues. Face au développement massif du sida parmi les usagers de drogues, beaucoup de municipalités se sont vues contraintes de s'impliquer dans cette forme d'intervention. Un certain nombre d'approches innovantes, qui avaient été jusque là étouffées par la politique dominante de l'Etat, ont commencé à se développer. L'engagement des pouvoirs locaux a ainsi marqué la fin du monopole de l'Etat dans le traitement des questions de drogue et dans l'émergence d'initiatives diverses au niveau local.

Les premières approches innovantes ont été introduites pas des associations de bénévoles. En 1984, Relais Médical aux Délaissés (REMEDE), soutenu par la profession médicale, met en place des points d'aide mobiles pour les personnes profondément marginalisées, et Médecins Sans Frontières prend des initiatives semblables en 1987. La même année, Espoir Goutte d'Or, une association de bénévoles pour venir en aide aux usagers de drogues, tente d'introduire un travail social tourné vers les réseaux communautaires dans un quartier défavorisé de Paris. En réponse à l'arrivée massive du sida parmi les usagers injecteurs, le gouvernement français décide de mettre les seringues gratuitement à disposition dans les pharmacies, s'opposant ainsi à la politique anti-addiction de 1972 qui ne permettait de se les procurer que sur prescription médicale. En 1989, Médecins du Monde ouvre une clinique mobile d'échange de seringues pour les usagers de drogues (Vidal-Naquet, 1989) et Action Recherche sur les Comportements Addictifs, Déviants et sur la Sociabilité (ARCADES) commence la même année des recherches sur le sida et l'abus de substance avec d'anciens usagers de drogues chargés de la collecte des données.

Toutes ces initiatives cherchent à entrer en contact avec un groupe habituellement hors d'atteinte des services de soins traditionnels, pour diminuer les risques dus à la consommation de substances illicites, et pour aider les usagers de

drogues à obtenir leurs droits et leurs avantages sociaux. Ces initiatives en faveur des usagers de drogues tentent de faciliter l'accès aux services en proposant des services à bas seuil hors des horaires de bureau, en diminuant les contraintes sociales (en plaçant les travailleurs sociaux près du groupe cible) et en prenant une distance par rapport aux hiérarchies sociales et aux jugements moraux. Alors que les services traditionnels continuent à viser l'abstinence, ces nouvelles initiatives viennent principalement en aide à ceux qui continuent à prendre des drogues. Elles montrent ainsi que le travail préventif et curatif est possible dans ces groupes (Jacob, 1997).

Ces expériences se sont produites hors du système de soins traditionnel français et ont permis de mettre en lumière l'abîme séparant la société dans son ensemble de la population croissante des marginaux. Elles ont pointé qu'un nombre croissant de personnes, les usagers de drogues en particulier, n'avaient plus accès aux soins les plus élémentaires et aux services sociaux. En 1992 démarrait un collectif appelé Limiter la Casse, où des acteurs des campagnes anti-sida, des médecins généralistes, des spécialistes de santé communautaire et des usagers de drogues se sont unis pour faire reconnaître les nouvelles approches et développer des politiques de prévention des risques (Coppel, 1996). Ce collectif a pris fin en 1997 à la suite d'un désaccord entre les associations professionnelles et le groupe d'autosupport des usagers de drogues. Une nouvelle association, l'Association Française de Réduction des Risques (AFRR), démarrait en juin 1998. En montrant indirectement que le système traditionnel était inadapté, leur travail et leurs résultats ont rapidement fait pression sur les décideurs et les politiciens pour les forcer à prendre en compte ces problèmes. En réponse, le Ministère de la Santé a demandé à l'un des centres de soins spécialisés d'ouvrir un centre expérimental à bas seuil, et depuis 1993-94, la prévention des risques est devenue la politique officielle du Ministère de la Santé.

En résumé, le travail de proximité en France a été marqué par l'évolution du champ de la santé publique et par le travail auprès des jeunes. Le modèle du travail auprès des jeunes (voir Chapitre 4) a eu un impact important sur le travail de proximité en France. L'accent mis sur les jeunes délinquants à la fin des années 40 s'est progressivement déplacé en réponse aux nouveaux problèmes posés par les jeunes, dont la consommation de drogues. L'importance de la participation libre, du respect de l'anonymat et des relations de confiance établies avec les usagers de drogues dans les rencontres quotidiennes du travail de proximité a été reconnue (Barraud, 1994). Alors que le travail de proximité auprès des usagers de drogues prend une place croissante, la consommation de drogues n'est pas automatiquement l'approche principale car les usagers de drogues ne souffrent pas seulement de leur addiction mais aussi de problèmes plus généraux liés à la marginalisation, semblables à ceux des prostituées, des petits délinquants et des personnes défavorisées (Barraud, 1994). Ainsi les problèmes des jeunes des minorités ethniques ont aussi été l'un des soucis du travail de proximité.

UN EXEMPLE D'INTERVENTION : CHILL-OUT

Le cadre

Chill-out a été fondé en 1992 par l'Association Française de Réduction des Risques (AFRR). C'est un organisme privé, subventionné, à but non lucratif, comprenant une équipe d'environ 12 professionnels et bénévoles.

Les méthodes

Chill-out, comme son nom l'indique, cible surtout les jeunes des 'raves' et des rencontres de musique 'techno'. Il offre également un lieu de rencontre à bas seuil. Environ 200 à 300 'ravers' sont contactés chaque mois.

Le financement

Chill-out reçoit un financement régulier de l'Etat et a un budget annuel de 45 220 Euros.

Grande-Bretagne

- | | |
|---|--|
| 1 | <i>Place dans la politique nationale</i> : importante |
| 2 | <i>Diffusion géographique</i> : dans la plupart des villes où la drogue est un problème reconnu |
| 3 | <i>Groupes cibles</i> : les usagers des drogues 'classiques' (travail orienté vers le VIH et la réduction des autres risques) ; les usagers des 'nouvelles' drogues (réduction de la demande et des risques) |
| 4 | <i>Méthodes</i> : travail de rue, à domicile et en institutions |
| 5 | <i>Statut</i> : institutionnalisé |

VUE D'ENSEMBLE

Un travail de rue s'est pratiqué auprès des jeunes en Grande-Bretagne dès les années 60. Puis les méthodes du travail auprès des jeunes ont été utilisées dans des projets de travail de rue auprès des usagers de drogues, avec également l'influence de l'engagement des usagers et de la mobilisation de groupes de défense des usagers. Les origines précoces de ces projets font que les intervenants issus du terrain étaient moins orientés vers la recherche action que ceux dont il est question dans la littérature anglophone sur le modèle de Chicago de prévention du VIH lié à la toxicomanie. C'est à la fin des années 70 que des intervenants cliniques et des chercheurs en médecine ont commencé à repérer les tendances en cours et à entrer en contact avec les usagers de drogues.

Si la littérature scientifique anglaise sur le travail de proximité est avant tout centrée sur la prévention du VIH, la pratique actuelle est issue d'une tradition plus ancienne enracinée dans le travail auprès des jeunes, le travail dans les 'scènes' et l'activisme politico-culturel. On peut observer dans les pratiques une divergence d'approche entre l'Angleterre, l'Ecosse et le Pays de Galles, suivant la culture nationale spécifique de chacun. Un style plus souple, manifeste dans une bonne partie du secteur bénévole, a permis des interventions pragmatiques et adaptées mais a parfois créé des difficultés dans la gestion pratique, la sécurité et l'évaluation du personnel.

En Grande-Bretagne, le travail de rue, en institutions et à domicile est pratiqué par des organismes de toxicomanie, de santé et de jeunesse. Le travail de rue et dans les 'scènes', pratiqué par des intervenants en toxicomanie, est le plus courant, mais des services comme l'échange de seringues, des projets avec les prostituées et des services de premiers soins sur place peuvent également faire partie de ces trois catégories. Les documents de la politique nationale qui présentent les services destinés aux usagers de drogues (Polkinghorne Report, 1996) et le choix de soins et de traitements efficaces (Public Health Policy Unit, 1997) soulignent l'importance de l'efficacité des programmes de proximité. Des projets faisant partie de services plus larges ont été mis en place dans la plupart des villes qui ont des problèmes de drogues reconnus.

En principe, il est accordé une importance équivalente aux drogues 'classiques' et 'nouvelles', mais on a tendance à porter plus d'attention à la prévention du VIH et de l'hépatite C chez les usagers injecteurs. Le Centre for Research on Drugs and Health Behaviours, le Lifeline Project et le Scottish Drugs Forum ont développé des modèles pour la prévention du VIH, pour les services de proximité, le travail de rue et la réduction des risques dans les 'raves'. Les usagers de drogues, les minorités ethniques, les consommateurs de crack, les prostituées et les homosexuels usagers de drogues sont ciblés par différents projets, selon les objectifs, le contexte et le lieu.

Les financements proviennent de l'Etat pour les projets expérimentaux et parfois pour les projets locaux. Les financements provenant des administrations locales ou sanitaires sont les plus courants, ainsi que les financements venant d'associations caritatives qui peuvent apporter un budget de départ pour des expériences innovantes. Des évaluations scientifiques approfondies ainsi que des enquêtes régulières sont menées (voir par exemple Grant, 1997), bien que la mise en place de mesures efficaces et appropriées permettant des résultats satisfaisants demeure complexe.

UN EXEMPLE D'INTERVENTION :

SAFE COMMUNITY DRUG AGENCY

Le cadre

Le Safe Community Drug Agency (CDA), fondé en 1997, fait partie des Cranstoun Drug Services qui ont mis en place des services spécialisés en toxicomanie depuis plus de 25 ans. Les services de Cranstoun se sont développés en partenariat avec les pouvoirs locaux, les services de santé, la justice et l'administration pénitentiaire, ainsi qu'avec des équipes de toxicomanie. Cranstoun a plus de 70 intervenants et travaille dans trois secteurs principaux :

- des services communautaires ;

- des services en prison ;
- des services résidentiels.

Alors que la plupart des projets de toxicomanie à Londres ont une équipe de proximité, seuls trois projets font exclusivement du travail de proximité.

CDA fait partie de la section des services communautaires de Cranstoun et emploie cinq intervenants de proximité et un gestionnaire, ainsi que dix pairs éducateurs.

Les méthodes

CDA cherche à entrer en contact avec les usagers qui ne sont touchés par aucun autre service de soin et à répondre aux besoins des jeunes, des femmes, des noirs et de ceux qui sont aux prises avec la justice.

CDA travaille dans le sud de Londres, avec des équipes de proximité qui visitent des lieux divers comme les rues, les cités, les clubs de jeunes, les immeubles, les agences d'hôtes, les salons de massage et les salles de garde à vue de la police. Plus de 100 personnes sont contactées par mois. Les contacts ne durent pas plus de trois mois en général, les clients étant ensuite envoyés vers d'autres services de toxicomanie.

Les services proposés comprennent des conseils sur la santé sexuelle, des interventions en cas d'arrestation, de l'éducation par les pairs pour les jeunes et de l'information. Un moment essentiel du développement du CDA a été le débat ouvert et la négociation entre les différents services en toxicomanie, comprenant le Drug Addiction Team, le Drug Reference Group, les pouvoirs locaux, les services sanitaires, le South London Drug Prevention Team, l'Inner London Probation Service et les services locaux de traitement.

Le financement

CDA reçoit un budget de base et des financements supplémentaires et a un budget annuel de 296 790 Euros.

Grèce

- | | |
|---|--|
| 1 | <i>Place dans la politique nationale</i> : majeure, mais se développe encore |
| 2 | <i>Diffusion géographique</i> : dans certaines villes où la drogue est un problème reconnu |
| 3 | <i>Groupes cibles</i> : les usagers des drogues 'classiques' (travail orienté sur le VIH) |
| 4 | <i>Méthodes</i> : travail de rue et en institutions |
| 5 | <i>Statut</i> : expérimental |

VUE D'ENSEMBLE

L'Institut Universitaire de Recherche sur la Santé Mentale (UMHRI), point focal national grec du réseau REITOX, a estimé en 1997 que le travail de proximité était un concept clé dans la politique nationale des drogues (UMHRI, 1997). Le Centre de Thérapie pour les Personnes Dépendantes (KETHEA), association proposant des traitements, de la formation professionnelle et une réintégration sociale aux personnes dépendantes aux substances pharmaceutiques, a été le premier à pratiquer du travail de proximité en Grèce. Son travail est principalement inspiré par les modèles de l'autosupport et de l'éducation par les pairs.

Les objectifs définis au niveau national pour le travail de proximité comprennent les initiatives de réduction de la demande et de réduction des risques suivantes :

- repérer et entrer en contact avec les populations difficiles à joindre ;
- identifier les besoins des usagers et leur perception des services pour adapter les réponses de ces services ;
- développer l'accès et la prise en charge des services ;
- favoriser des services directs, souples et adaptés et assurer une prévention bien ciblée et des initiatives de réduction de la demande ;
- favoriser les gestes de sécurité dans la prise de drogues et les relations sexuelles.

Les groupes cibles contactés sont majoritairement des usagers des drogues 'classiques' à haut risque d'infection au VIH, mais les 'nouvelles' drogues ne sont pas ciblées. Des projets de proximité existent dans certaines, mais pas dans toutes les villes où la drogue est un problème reconnu. On pratique du travail de rue et en institutions, même si ce n'est pas fréquent, mais pas du tout de travail au domicile des usagers. Les projets de proximité sont financés par le gouvernement ainsi que par des organismes en toxicomanie, et mis en place par des services de toxicomanie et de santé et des organisations pour la jeunesse.

UN EXEMPLE D'INTERVENTION : KETHEA

Le cadre

Le Centre d'Interventions Multiples, mis en place en 1995, fait partie de KETHEA qui a été fondé en 1987. Depuis lors, KETHEA a développé des activités diverses comme le traitement de l'abus de drogues, des programmes de prévention, la prévention des rechutes, du travail de rue, de la réintégration sociale, des thérapies familiales et des services d'information destinée à la société dans son ensemble. Il a lancé sept programmes thérapeutiques dont six dans des communautés thérapeutiques. En 1997, deux nouvelles activités ont été mises en place : des programmes dans cinq prisons et une unité mobile, Pegassus, pour diffuser de l'information.

Le Centre d'Interventions Multiples a été fondé pour atteindre les usagers de drogues marginalisés – ceux qui sont exclus socialement, sans soutien social, à la rue, avec des taux record de criminalité ou bien sans ressources financières. Le programme s'attaque aux problèmes immédiats que rencontrent ces personnes et l'objectif majeur est de répondre avec une grande souplesse aux problèmes des usagers de drogues.

Le Centre d'Interventions Multiples propose les services suivants :

- un lieu de rencontre avec une aide psychologique et des services de nutrition et d'hygiène personnelle ;
- un dentiste ;
- de l'aide pour trouver un emploi et de l'aide professionnelle ;
- des groupes d'autosupport ;
- des groupes de formation aux questions sociales ;
- des programmes d'autosupport pour les personnes incarcérées ;
- des programmes de conseils dans la rue.

Le projet a trois intervenants professionnels de rue et trois bénévoles (ex-usagers de drogue).

Les méthodes

Le programme de travail de rue a été conçu pour rejoindre les usagers de drogues là où ils vivent, où ils 'squattent' ou dealent. Les objectifs de départ sont de réduire les risques de santé dus à l'abus de substance, d'améliorer les modes de vie, d'inciter des changements de comportements des usagers et de les aider par des informations et des conseils.

Une fois par semaine, la nuit, l'équipe de proximité visite deux endroits particuliers du centre d'Athènes : un parc où se trouve un grand nombre d'usagers de drogues 24 heures sur 24 et une rue fréquentée par des prostituées. Les équipes proposent des conseils, des bons pour des consultations à l'hôpital, des préservatifs et des informations simples sur la prévention des risques pour la santé. Près de 50 usagers sont contactés par mois. Un système de retour et d'évaluation a été mis en place, avec les directives suivantes pour l'approche des usagers de drogues :

- une équipe de rue ne doit pas comporter plus de deux personnes ;
- les intervenants de rue ne doivent pas aborder des sujets qui n'ont pas été présentés comme des problèmes par les usagers de drogue eux-mêmes ;
- les intervenants de rue ne doivent pas s'approcher d'usagers de drogues pendant qu'ils consomment des drogues.

Plus d'une centaine de ces visites ont été faites depuis le début de ce programme, et 560 personnes différentes ont ainsi été contactées.

Projets particuliers

Le projet organise aussi des fêtes publiques à Noël, pendant le Carnaval ou pendant d'autres périodes de vacances dans le but de proposer des loisirs, d'inciter les usagers de drogues à se prendre en charge, de créer des relations de confiance et de promouvoir le programme et l'esprit du travail de rue. Cinq fêtes publiques ont été organisées avec la participation de près de 750 usagers, ainsi que six événements moins importants rassemblant 200 usagers.

Le financement

KETHEA reçoit un financement régulier et a un budget annuel de 66 898 Euros.

Irlande

- 1 *Place dans la politique nationale* : importante
- 2 *Diffusion géographique* : dans certaines villes
- 3 *Groupes cibles* : les usagers des drogues 'classiques' (travail orienté vers le VIH) ; les usagers des 'nouvelles' drogues (réduction des risques, en cours de développement)
- 4 *Méthodes* : travail de rue et en institutions
- 5 *Statut* : institutionnalisé

VUE D'ENSEMBLE

Dès qu'a été constatée l'importance croissante de la consommation d'héroïne, au début des années 80, des associations privées ont proposé aux usagers de drogues divers services de réduction de la demande. Pendant les années 80, les épidémiologistes et les intervenants en toxicomanie ont eu du mal à obtenir un soutien officiel pour mettre en place des programmes de réduction des risques, et un travail de proximité a rapidement ciblé les jeunes à la rue. Mais depuis le début du sida parmi les usagers de drogues et d'autres groupes à hauts risques, le travail de proximité est désormais utilisé dans une stratégie de réduction des risques pour limiter le développement de l'infection au VIH, Dublin ayant des taux élevés d'infection au VIH par la drogue.

Aujourd'hui, le travail de proximité est reconnu comme un moyen important pour repérer les populations difficiles à joindre, améliorer l'accès et la prise en charge des services, mettre en place des services directs et développer des gestes de sécurité dans la consommation de drogues et les relations sexuelles. En 1996, un comité ministériel d'experts a recommandé le travail de proximité comme méthode importante de travail (Irish Ministerial Task Force, 1996). Il incite les départements de santé à coordonner au niveau local le traitement et les services de proximité et à prendre des initiatives dans ce domaine. Le travail auprès des plus anciens usagers injecteurs à risque d'infection au VIH est reconnu comme priorité majeure et des initiatives sont prises pour atteindre les usagers des 'nouvelles' drogues de synthèse et limiter les risques liés à cette forme de consommation.

Une importance plus grande est accordée aux interventions de rue, le travail en institutions et au domicile des usagers étant considéré comme secondaire. D'une manière générale, le travail de proximité s'insère dans des services plus larges, plus généraux. Depuis qu'ils ont été adoptés par les services publics en réponse au VIH et au sida, les programmes de proximité ont pour objectif clair de repérer et de cibler les groupes à haut risque. Une bonne part de l'initiative et du développement du travail de proximité lié au sida provient des services de santé. Comme en Ecosse, les spécialistes de la maladie infectieuse ont vu l'intérêt de mettre en place des méthodes de réduction des risques pour limiter le développement du VIH et de l'infection à l'hépatite C. Les départements régionaux de santé et des associations privées ont été les premiers à mettre en place du travail de proximité, en général mené par des services de toxicomanie, de santé ou pour les jeunes.

Les projets et les services peuvent recevoir un financement de l'Etat par des départements régionaux ou locaux, même si certaines régions financent directement du travail de proximité avec leur budget propre. Cette dernière forme de financement est de plus en plus importante. Des initiatives dans les centres de traitement ciblent des populations particulières comme les femmes qui risquent une infection au VIH par les relations sexuelles ou la drogue. L'équipe de proximité intervient sous l'égide des services qui suivent les tendances et identifient les besoins. Les intervenants proposent de l'échange de seringues, une aide aux prostituées et renvoient vers des services de prescription de méthadone. Ils ne se considèrent pas comme des intervenants travaillant individuellement avec des personnes mais mettent plutôt l'accent sur l'importance d'une présence dans les réseaux communautaires pour pouvoir intervenir rapidement auprès des personnes à envoyer en traitement, tout en se concentrant sur les contacts et l'accessibilité des services.

UN EXEMPLE D'INTERVENTION :

L'EASTERN HEALTH BOARD (COMITE DE SANTE DE L'EST)

Le cadre

L'Eastern Health Board a mis en place une équipe de proximité en 1988. En 1989, le premier programme d'échange de seringues démarre à Dublin, suivi par un programme de méthadone à faible dose en 1990. Un centre de proximité pour prostituées s'est ouvert en 1991, les services existants se sont étendus en 1992 à un ensemble de centres et un service VIH/Drogues a été mis en place.

Le Programme de Proximité de l'Eastern Health Board cible les usagers injecteurs de drogues, les prostituées (surtout celles qui se droguent) et les homosexuels ou bisexuels. Les usagers injecteurs de drogues restent un groupe cible spécifique du travail de proximité. L'objectif de départ est de réduire le développement de l'infection du VIH :

- en joignant les usagers injecteurs qui n'ont pas de contacts avec des services et en leur donnant des informations sur le VIH et sa prévention. Les usagers de drogues séropositifs sont incités à se faire suivre dans un centre ;
- en encourageant et en facilitant l'entrée dans des services de traitement en toxicomanie ;
- en diffusant des informations sur le VIH dans les réseaux communautaires.

Le travail de rue ou les contacts avec les usagers de drogues dans leurs réseaux propres est une partie essentielle du travail de proximité et près de 700 usagers de drogues sont contactés par mois, par 20 intervenants professionnels de proximité. Environ 60% du temps des intervenants se passe en contacts avec les usagers dans des lieux divers comme les centres commerciaux et les salles de billard. Les intervenants de proximité assurent également un service d'échange de seringues à Dublin.

Les méthodes

Les intervenants de proximité ont leurs groupes cibles propres : la plupart ciblent les usagers injecteurs et l'un d'eux cible les homosexuels. Les lieux qu'ils visitent sont variés, selon les groupes cibles. Les intervenants qui ciblent les usagers injecteurs les contactent dans la rue, dans les clubs de jeunes et chez eux ; les contacts avec les femmes se font dans la rue et dans des salles de massage ; et les hommes sont contactés dans des saunas et des clubs. Un local de rencontre avec des services médicaux est destiné aux femmes, et un autre aux hommes. Du travail de proximité en institutions se fait également dans un certain nombre de prisons pour diffuser à un groupe à haut risque des informations sur le VIH et les services liés au sida.

Projets particuliers

Le Projet de Santé des Femmes (WHP) a été mis en place en 1991 auprès des femmes qui travaillent dans tous les lieux de prostitution, parce que rien ne correspondait encore à leurs besoins. Le WHP fait partie de l'EUROPAP (European Intervention Project's AIDS Prevention for Prostitutes) et comprend deux parties :

- des équipes qui travaillent à la fois dans la rue et en centres et qui proposent aux femmes des services près de leurs lieux de travail, avec des conseils, un soutien, des préservatifs et des recommandations de lieux d'accueil ;
- un centre d'accueil composé d'une équipe entièrement féminine qui cherche à promouvoir la santé des femmes dans un climat confidentiel et informel.

Ce projet suit un modèle de soutien par les pairs, en s'appuyant sur le fait que les femmes qui travaillent dans la prostitution peuvent mieux contacter d'autres prostituées, étant donné l'aspect particulièrement invisible de la prostitution en Irlande qui en fait une forme de 'population cachée' difficile à atteindre. En 1995 et 1996, à la suite d'interviews avec des prostituées, menés par des pairs formées, un rapport a été rédigé qui présente des recommandations sanitaires, juridiques, d'information et de soutien par les pairs (O'Connor, 1996).

Ce rapport s'appuie sur des interviews de 84 femmes de 18 à 54 ans. Plus d'un tiers des femmes ont abandonné leur scolarité avant l'âge légal (16 ans) et ont peu ou pas de diplômes. Presque toutes ont commencé à se prostituer pour des raisons financières, pendant une durée qui varie énormément d'une femme à l'autre. Les prostituées comme les intervenants observent un accroissement du nombre de femmes qui travaillent dans la rue pour financer leur consommation de drogues. Parmi elles, beaucoup n'utilisent pas toujours des préservatifs avec leurs clients, à cause des contraintes financières dues à la drogue ou d'une faible conscience des risques pour leur santé. Les femmes ont tendance à faire se servir des informations sur les gestes de sécurité dans les pratiques sexuelles seulement dans leur vie professionnelle et beaucoup de femmes prennent des risques dans leurs relations sexuelles privées. Le projet a montré clairement que le travail de proximité peut être mené plus efficacement par des femmes qui se prostituent elles-mêmes, surtout parce qu'elles peuvent joindre des femmes qui travaillent de façon plus cachée.

Le financement

Le Service Sida et Drogues de l'Eastern Health Board reçoit un budget annuel de 17,9 millions d'Euros, mais il n'y a pas de budget particulier pour le travail de proximité.

Italie

- 1 *Place dans la politique nationale* : importante
- 2 *Diffusion géographique* : dans certaines villes où la drogue est un problème reconnu
- 3 *Groupes cibles* : les usagers des drogues 'classiques' (travail orienté sur le VIH et la réduction des autres risques), les usagers des 'nouvelles' drogues (réduction des risques et de la demande, en développement)
- 4 *Méthodes* : travail de rue
- 5 *Statut* : expérimental

VUE D'ENSEMBLE

Le travail de proximité en Italie n'a pas de tradition clairement identifiable. Un accent fortement social mis sur la santé a influencé les activités de certaines associations chrétiennes, et le militantisme politique des mouvements des intervenants et des étudiants dans les années 70 a trouvé une forme différente d'expression dans les services publics et les associations de bénévoles. Des formes de travail de proximité à domicile auprès des jeunes se rencontrent dans le travail social des années 70 ainsi que, pendant la même période, des formes limitées d'autosupport par des groupes de défense et de pression. S'il existe une forte affinité culturelle aux idées de mobilisation communautaire, les professionnels des services publics connaissent peu la notion de travail de rue. Les initiatives de proximité en toxicomanie n'ont pas été mises en place de façon officielle avant que l'épidémie du sida lié aux drogues n'ait été identifiée et que le besoin de réponses plus innovantes ne soit reconnu.

Aujourd'hui, l'importance du travail de proximité est reconnue par les principaux intervenants en toxicomanie et par les professionnels de la santé des associations et des services publics aptes à promouvoir son développement. OUT, le projet national de coordination des intervenants de rue en toxicomanie comprend des représentants de Bologne, Catane, Côme, Gênes, Milan, Naples, Rimini, Rome, Trieste, Turin et d'un certain nombre d'autres villes et communes.

Les objectifs principaux du travail de proximité en Italie sont les suivants :

- identifier les populations difficiles à joindre ;
- améliorer l'accès aux services et leur utilisation ;
- développer des services directs ;
- développer les gestes de sécurité dans la consommation de drogues et les relations sexuelles.

Certains services, comme le Gruppo Abele de Turin, mettent autant l'accent sur la reprise des contacts avec les personnes qui rechutent, qui ne sont pas en contact avec leur famille ou avec des services et qui sont à haut risque d'infection, que sur les premières prises de contact. Bien qu'il n'y ait pas de documents politiques nationaux officiels, le gouvernement a financé des conférences nationales et le Ministre de la Santé a commandé un manuel exhaustif sur la prévention du sida chez les usagers de drogues par le travail de rue (Serpelloni et Rossi (eds), 1996) qui traite du travail mené à Chicago, Londres, Milan, Naples, Padoue, Parme, Rome, Turin et Vérone. La région d'Emilie et de Romagne a développé une approche intégrée de réduction des risques, dans laquelle le travail de proximité est un élément central.

Au début des années 90, l'importance accordée à la réduction des risques a été de plus en plus reconnue par le secteur public et des programmes de proximité se sont développés dans certaines villes où la drogue est un problème reconnu. Les usagers des drogues 'classiques' à haut risque d'infection au VIH sont les cibles principales, mais on peut aussi trouver le long de la Côte Adriatique, à Padoue, Turin et dans les principales boîtes de nuit des services de proximité faisant du travail de proximité orienté vers la réduction des risques et ciblant les usagers des drogues de synthèse. Des projets de bus d'échange de seringues et de travail de proximité d'urgence dans la rue avec les usagers de drogues issus des minorités ethniques sont mis en place dans plusieurs villes.

Le travail de proximité est principalement du travail de rue, mené surtout par des associations privées et certains services publics locaux. Des groupes d'autosupport et de défense des usagers sont soutenus et produisent leur propre journal. Les financements viennent de l'Etat, de la région ou des municipalités et le bénévolat y participe également de façon notable. Des modèles particuliers d'évaluation ont été mis en place pour le travail de proximité de prévention, combinant une approche de la mise en œuvre et de l'ensemble du travail et comprenant une analyse de la coopération entre les organismes (analyse de réseau).

UN EXEMPLE D'INTERVENTION :

UNITA DI STRADA

Le cadre

Le projet *Unità di Strada* a été mis en place en 1995 par le Gruppo Abele de Turin, avec le département public de toxicomanie. Ce projet cible les usagers qui ne sont pas en contact avec les autres services, dans un quartier reconnu comme 'le plus grand marché de la drogue' de Turin, fréquenté par des personnes de toute la région et d'autres scènes de drogue.

Les méthodes

Unità di Strada travaille avec cinq professionnels et 12 bénévoles, dont d'anciens ou actuels usagers. Les pairs sont la pierre d'angle de ce projet dont l'objectif majeur est la réduction des risques et qui propose une aide sociale, des conseils, de l'information sur les gestes de sécurité, l'échange de seringues et une introduction à divers autres services. Ce projet propose aussi une aide aux usagers d'origine non italienne et aux immigrants illégaux qui cumulent de multiples handicaps parce qu'ils sont sans ressources et n'ont pas accès au système de soins. Ce projet participe également à la publication d'un journal produit avec les usagers de drogues et vendu par eux comme source de revenu.

Entre avril 1994 et la fin de 1997, près de 1500 clients ont été contactés par ce programme. En 1997 seulement, ce programme a atteint 668 nouveaux clients, dont 19 % de femmes. La majorité des clients ont entre 20 et 40 ans. En 1997, ce programme a permis :

- 3213 consultations de santé ;
- 48 envois en urgence à l'hôpital, surtout dans des cas d'overdoses ou de symptômes physiques liés au VIH ;
- 454 contacts avec les familles des clients ;
- 24 réunions de parents rassemblant des usagers vivant à la rue et leur famille ;
- 66 cas de personnes adressées à des services de réinsertion.

Le financement

Unità di Strada reçoit régulièrement un financement pour trois ans et a un budget annuel de 14 000 Euros.

Luxembourg

- | | |
|---|---|
| 1 | <i>Place dans la politique nationale</i> : en développement |
| 2 | <i>Diffusion géographique</i> : dans quelques villes |
| 3 | <i>Groupe cibles</i> : les usagers des drogues 'classiques' (réduction des risques) |
| 4 | <i>Méthodes</i> : travail de rue |
| 5 | <i>Statut</i> : institutionnalisé |

Dans la politique nationale des drogues du Luxembourg, le concept de travail de proximité est encore en développement et n'est pas encore particulièrement mentionné dans les documents de la politique contre les drogues. Les objectifs définis au niveau national pour le travail de proximité sont :

- d'améliorer l'accès aux services et leur utilisation ;
- de développer des gestes de sécurité dans la consommation de drogues et les relations sexuelles.

Des mesures de réduction des risques ciblant principalement les usagers des drogues 'classiques' ont été mises en place pour atteindre ces objectifs. Des équipes d'intervenants de rue, dirigées par l'organisme jeunesse et toxicomanie Jugend- an Drogenhelf (JDH), travaillent dans les villes de Luxembourg et Esch-sur-Alzette qui sont les deux plus grandes villes du pays qui ont des problèmes de drogue reconnus.

Le travail de proximité est en général mené par des organismes de toxicomanie et le travail de rue est la méthode la plus courante. Le bus mobile *Camionnette* est également un exemple de travail de proximité. Il emploie une équipe de travailleurs sociaux pour proposer des soins médicaux de base, de l'information et du matériel d'injection aux usagers de drogues les plus défavorisés, près de la gare centrale.

Les projets de proximité sont financés directement par le gouvernement national, chaque année, et sont considérés comme étant 'para-gouvernementaux'.

Norvège

- 1 *Place dans la politique nationale* : centrale
- 2 *Diffusion géographique* : dans la plupart des villes où la drogue est un problème reconnu
- 3 *Groupe cibles* : les usagers des drogues 'classiques' (travail orienté sur le VIH et la réduction des autres risques) ; les usagers des 'nouvelles' drogues (réduction de la demande)
- 4 *Méthodes* : travail de rue et en institutions
- 5 *Statut* : institutionnalisé

VUE D'ENSEMBLE

Le travail de proximité, qui a d'abord commencé auprès des jeunes dans les années 60, est un concept clé de la politique nationale norvégienne des drogues, et est apparu dans les documents de la politique nationale de drogue dès 1992 (Norwegian Ministry of Social Affairs, 1992, 1997). Les objectifs du travail de proximité sont définis au niveau national dans une double perspective de réduction de la demande et de réduction des risques, et sont les suivants :

- repérer et entrer en contact avec les populations difficiles à atteindre ;
- identifier les besoins des usagers et leur perception des services pour y adapter la réponse de ces derniers ;
- faciliter l'accès aux services et développer leur prise en charge ;
- développer des services directs, souples et adaptés, comme de la prévention bien ciblée et des initiatives de réduction de la demande ;
- encourager les gestes de sécurité dans les modes de consommation de drogue et dans les relations sexuelles.

On trouve des projets de proximité dans la plupart des villes qui ont des problèmes de drogue reconnus. Ils ciblent à la fois les usagers des drogues 'classiques' et des 'nouvelles' drogues. Les contacts avec les premiers sont principalement orientés sur le VIH, mais on utilise également d'autres méthodes de réduction des risques. La plupart des contacts se font avec les usagers des 'nouvelles' drogues, avec l'accent mis principalement sur la réduction de la demande, et parfois sur la réduction des risques. Le travail de proximité en Norvège concerne le plus souvent la jeunesse marginalisée ou les jeunes, et la consommation de drogues est considérée comme un de leurs comportements possibles à problème (Hakerud, 1994 ; Nevermo, 1994).

Dans la pratique, le travail de proximité suit principalement le modèle du travail auprès des jeunes, particulièrement hors des plus grandes villes. On pratique surtout du travail de rue, parfois du travail en institutions mais rarement du travail au domicile des usagers. Les projets de proximité ont été mis en place par les pouvoirs locaux et par des organismes et ont été influencés par l'évolution de domaines divers comme le travail social, l'anthropologie, l'écologie et la médecine générale. Ketil Bentzen au Ministère des Affaires Sociales et Njål Petter Svensson au Département National des Drogues et de l'Alcool ont été des sources centrales d'inspiration.

Une caractéristique clé des services sanitaires et sociaux norvégiens est la régionalisation et la décentralisation des responsabilités. La responsabilité du financement, de la planification et de la mise en œuvre des services sanitaires et sociaux revient au pouvoir des communes et des comtés. Le travail de proximité est financé par le gouvernement national à travers les pouvoirs régionaux et locaux, et aussi indirectement par le travail des bénévoles.

UN EXEMPLE D'INTERVENTION :

UTESEKSJONEN

Le cadre

L'*Uteseksjon* (section de plein air) de la ville d'Oslo a une longue tradition de travail de proximité qui a commencé avec des programmes de travail de rue avec les jeunes en 1969. L'*Uteseksjon* fait partie du *Rusmiddelstat* (département des stupéfiants), qui est l'organisme responsable de la plupart des activités liées à la toxicomanie à Oslo, depuis le travail de prévention dans les écoles aux programmes de réinsertion et aux campagnes de réduction des risques pour les personnes dépendantes. Le *Rusmiddelstat* comprend 500 employés en tout, dont 38 représentent l'*Uteseksjon*, parmi lesquels 26 sont des intervenants de rue. L'*Uteseksjon* se divise en trois unités :

- la section de proximité ;
- le centre de soins de jour ;
- un lieu d'hébergement d'urgence.

Les méthodes

La section de proximité recouvre les parties centrales d'Oslo, avec des intervenants travaillant dans les rues sept jours sur sept. Les objectifs principaux sont de dissuader les adolescents et les jeunes adultes de prendre part aux drogues et de se porter atteinte à eux-mêmes ou aux autres d'aucune autre façon. Le groupe cible représente les jeunes de 16 à 25 ans, et s'ils ont des problèmes multiples, la plupart sont liés aux drogues d'une façon ou d'une autre. Les contacts sont pris à la gare, dans les lieux de deal, les 'raves' et les boîtes de nuit, et une fois que le contact a été pris, un plan à long terme est mis en place, proposant un lieu d'hébergement et un centre de soins.

Projets particuliers

Deux projets particuliers ont été mis en place en 1994, l'un ciblant les minorités ethniques et l'autre, appelé 'Arrêtez la drogue, pas la danse', cible les usagers des 'nouvelles' drogues. Le projet pour les minorités concerne les jeunes immigrants Somaliens et ses objectifs sont la prévention des effets négatifs, le développement de ce qui est positif dans le groupe et le renforcement des liens familiaux. Des réunions ouvertes à tous se tiennent chaque semaine, rassemblant de 3 à 15 participants.

'Arrêtez la drogue, pas la danse' a été mis en place pour informer les participants des soirées de musique 'house' sur les drogues qu'ils consomment, et pour convaincre les nouveaux venus qu'il est possible d'être 'hip' sans prendre de drogues. Les méthodes de proximité comprennent des contacts entre jeunes, des cours de disk-jockey et de danse, des contacts individuels, des présentations en classe pour les parents et les élèves et la diffusion d'information dans les soirées.

Le financement

Uteseksjon reçoit un financement régulier et a un budget annuel de 1 653 540 Euros.

Pays-Bas

- | | |
|---|---|
| 1 | <i>Place dans la politique nationale</i> : importante |
| 2 | <i>Diffusion géographique</i> : dans la plupart des villes où la drogue est un problème reconnu |
| 3 | <i>Groupes cibles</i> : les usagers des drogues 'classiques' (réduction des risques et prévention du VIH) |
| 4 | <i>Méthodes</i> : travail de rue et en institutions |
| 5 | <i>Statut</i> : institutionnalisé |

VUE D'ENSEMBLE

On peut remonter les origines du travail de proximité aux Pays-Bas à la fin des années 60 et au début des années 70, quand un changement s'est produit dans le travail auprès des jeunes, qu'on peut considérer à la fois comme une contestation des jeunes intervenants contre le système de prise en charge traditionnel de la jeunesse et comme le résultat d'un discours scientifique critique sur la jeunesse et sa prise en charge. Dans ce dernier cas, la littérature allemande et américaine ont eu une influence, en particulier les écrits allemands sur *emanzipatorische Pädagogik* et les rapports américains sur la nouvelle culture de la jeunesse. Malgré une attitude générale anti-américaine après la guerre du Vietnam, les méthodes et les projets américains ont représenté une source d'idées et de concepts. En réaction contre les institutions traditionnelles de la jeunesse, des services alternatifs ont été mis en place, inspirés par les projets américains (et parfois du même nom), comme Release.

Une nouvelle forme d'éducateur est apparue, passant la plupart de son temps de travail dans la rue, dans le monde des jeunes. La personne qui a le plus influencé le travail de proximité néerlandais a été Jan Hazekamp (1976) de la Vrije Universiteit Amsterdam, qui a permis de familiariser les étudiants et les intervenants de proximité avec la littérature professionnelle internationale sur le travail social et de proximité, et a stimulé le développement de méthodes. Une inspiration théorique plus récente, particulière au travail de proximité auprès des usagers de drogues, est venue de Franz Trautman (1996) de Trimbos-instituut, à Utrecht.

Le premier organisme de travail de proximité, la Fondation Streetcornerwork, a été fondé à Amsterdam il y a près de 20 ans. Beaucoup de ces intervenants de rue, qui par la suite ont été appelés du nom néerlandais de *straathoekwerkers*, ont été formés comme éducateurs ou travailleurs sociaux, mais on a aussi engagé des 'experts par leur expérience' sans formation professionnelle. Depuis longtemps les intervenants de rue avaient beaucoup de contacts avec les usagers de drogues, mais leur approche générale n'était pas spécifiquement la drogue ; la consommation de drogues était plutôt généralement considérée comme faisant simplement partie d'un mode de vie différent.

Le développement du travail de proximité de rue a suivi plusieurs tendances nouvelles du travail général auprès des jeunes, comme l'émergence des boutiques. L'approche par la proximité a aussi été adoptée dans la profession médicale pour lutter contre la progression de la consommation d'héroïne au début des années 70, et les médecins et les infirmières ont commencé à prendre des contacts actifs avec les usagers de drogues dans la rue et dans d'autres endroits où les jeunes se retrouvent.

En général, la plupart des organismes néerlandais investis dans le travail de rue sont, soit des services de travail auprès des jeunes en général, soit des services de toxicomanie. Les intervenants de rue se sont d'abord occupés des usagers d'héroïne et de cocaïne, et en particulier ceux de certains groupes ethniques comme les Surinamiens, mais lorsque ces groupes ethniques ont commencé à vieillir, on s'est réorienté vers de nouveaux groupes comme les jeunes sans abri. Depuis l'épidémie du VIH et du sida au milieu des années 80, la promotion de la santé et la réduction des risques ont gagné de l'importance, puis d'autres initiatives ont ciblé les usagers des 'nouvelles' drogues comme l'ecstasy. Les intervenants de proximité sont majoritairement des intervenants pour la promotion de la santé ou la prévention secondaire, travaillant dans les raves et les boîtes de nuit. Cette forme de travail comprend souvent le 'testing' ou l'analyse des comprimés.

Une autre évolution est l'investissement des pairs dans le travail de proximité, à la fois pour les usagers des drogues 'classiques' (par exemple les copains des usagers de drogues qui ont le sida ou les promoteurs de gestes de sécurité chez les prostituées de la rue) et pour les usagers des 'nouvelles' drogues. Une bonne illustration de ce dernier point est le Unity Project, un programme européen mené actuellement par Jellinek Prevention en coopération avec des organismes de toxicomanie à Hambourg et Manchester, qui informe les services sur les besoins d'informations sur les drogues des consommateurs de drogues de synthèse.

Ainsi les pairs du Unity Project ont découvert que les usagers de drogues étaient avides d'informations sur les effets à long terme de l'ecstasy et sur les risques d'associer différentes drogues. Les pairs eux-mêmes font preuve d'un investissement et d'un esprit d'équipe importants et contribuent activement à la mise à jour des outils d'information sur les drogues, qu'ils distribuent ensuite aux jeunes dans les scènes de danse. La coopération avec les propriétaires des boîtes de nuit et les organisateurs des raves s'est développée avec le temps (Jamin et Voortman, 1997).

UN EXEMPLE D'INTERVENTION :

MAINLINE, AMSTERDAM

Le cadre

La Fondation Mainline a été créée en 1990 pour développer des services de santé et de prévention auprès des usagers de drogues. Le Fonds AIDS, le gouvernement national et la ville d'Amsterdam en sont les principaux financeurs et la plupart du budget va vers des projets particuliers. Le contact avec les usagers de drogues est essentiel et le travail de Mainline s'appuie sur le modèle des organismes d'autosupport : il part du mode de vie des usagers de drogues et étudie les outils d'information qui leur correspondent. Mainline connaît bien la scène de drogue et comprend les coutumes, les rituels et les intérêts de ses usagers. Ce n'est pas un organisme de soins officiel.

Mainline emploie quatre intervenants de rue ('intervenants de terrain'), un secrétaire et un coordinateur. En plus de ces intervenants de rue, plusieurs bénévoles se sont investis de façon indépendante et Mainline a un réseau de contacts permanents dans tout le pays.

Les méthodes

Les intervenants de rue font une recherche active de contacts avec les usagers de drogues dans la rue, au 'bus méthadone' (un bus mobile qui propose un service de méthadone à bas seuil) et dans les quartiers de deal. Ils distribuent des informations aux usagers et observent les évolutions du monde des usagers de drogues. Comme ils ne demandent rien, ces intervenants de rue peuvent contacter des groupes d'usagers qui évitent les services connus de traitement en toxicomanie.

Mainline Magazine est distribué aux usagers gratuitement dans la rue et leur donne des informations sur les drogues, la santé et le sida, tout comme des nouvelles sur la culture des usagers et la scène de drogue. Depuis l'été 1994, *Mainline Magazine* a aussi été diffusé hors d'Amsterdam et est aujourd'hui distribué dans 20 villes néerlandaises. Des réseaux de distribution ont été formés, surtout avec des usagers de drogues des groupes locaux d'usagers ; les distributeurs nouvellement recrutés reçoivent une courte formation. Mainline accepte parfois l'aide de non-usagers, mais seulement à condition que la distribution reste aussi indépendante que possible des services officiels de traitement en toxicomanie.

En plus du journal, Mainline distribue des documents sur le sida, les drogues et sur des questions générales de santé. Trente titres sont disponibles, dont 'l'Auto-Défense des Femmes', 'L'ABC de l'Hépatite' et 'Overdose'. L'information – qui comprend des adresses de tous les lieux d'échange de seringues et des comparaisons de prix et de

qualité des différents modèles de préservatifs – a un rapport immédiat avec la vie des usagers de drogues. Mainline distribue aussi des prospectus dans un délai très rapide pour prévenir les usagers quand de l'héroïne empoisonnée ou des comprimés non-identifiés ont été trouvés dans la rue.

Projets particuliers

Mainline a aussi mis en place un projet de prévention spécial pour les femmes qui se droguent et qui ont des modes de vie qui les rendent difficiles à joindre par les intervenants de terrain, pour discuter de questions critiques comme les gestes de sécurité dans les relations sexuelles et dans l'injection de drogues. Mainline tient actuellement une boutique une après-midi par semaine dans les locaux de l'organisme néerlandais d'autosupport Junkiebond qui a une image digne de confiance et se trouve près du quartier red-light. Les services proposés comprennent un coiffeur, des massages, du théâtre, des ateliers sur les gestes de sécurité et sur les maladies sexuellement transmissibles, une formation sur l'overdose et des conseils de contraception. Pendant la première année d'ouverture, 45 sessions se sont tenues et un total de 220 femmes y ont assisté (soit une moyenne de cinq par semaine). Un total de 95 femmes différentes ont été contactées, dont un tiers n'était dans aucun programme méthadone et n'avait eu aucun contact avec des services officiels de traitement en toxicomanie.

Le financement

Ce projet reçoit un financement ponctuel.

Portugal

- | | |
|---|--|
| 1 | <i>Place dans la politique nationale</i> : en développement |
| 2 | <i>Diffusion géographique</i> : dans certaines villes où la drogue est un problème reconnu |
| 3 | <i>Groupes cibles</i> : les usagers des drogues 'classiques' (travail orienté sur le VIH) |
| 4 | <i>Méthodes</i> : travail en institutions et travail de rue |
| 5 | <i>Statut</i> : expérimental |

VUE D'ENSEMBLE

Le travail de proximité au Portugal a été initié par des intervenants en toxicomanie au début des années 90 et a d'abord ciblé les jeunes pour tenter de faciliter le contact avec eux en dehors du contexte lourdement stigmatisé des centres de traitement de la toxicomanie. Les activités prennent en compte les réseaux familiaux et ressemblent au modèle de capture des clients ou du travail avec les jeunes, plutôt qu'à l'approche de réduction des risques (Correia-Chitas, 1994). Mais la cible est passée des jeunes aux usagers de drogues à la rue.

Le travail de proximité est en général considéré comme une stratégie efficace pour favoriser des services souples et comprendre les besoins, mais la mise en place de ce travail se développe lentement. Dans la politique nationale des drogues, le travail de proximité se développe encore et a récemment été reconnu dans des documents de la politique nationale.

Des services locaux et des professionnels travaillant dans des services publics ont été les premiers à entreprendre du travail de proximité parce qu'ils se sont heurtés aux méthodes inadaptées mises en place. Des projets pilotes d'intervention s'appuyant sur les réseaux ont démarré, et les seringues et les préservatifs sont devenus disponibles dans les pharmacies de l'ensemble du Portugal. Ces deux étapes ont fait avancer le travail de proximité. La personne centrale à la source du travail de proximité est Carlos Fugas du CAT Restelo de Lisbonne.

Les objectifs définis au niveau national sont les suivants :

- développer l'accès aux services et leur prise en charge ;
- promouvoir les gestes de sécurité dans le mode de consommation des drogues et les relations sexuelles ;
- mettre en place et maintenir des contacts avec les réseaux familiaux des usagers de drogues.

Il y a des projets expérimentaux de proximité dans certaines villes qui ont des problèmes de drogues reconnus. Ils sont en général mis en place par des services de toxicomanie et des organismes locaux de soins. Les groupes cibles sont surtout les usagers des drogues 'classiques', dont des prostituées, des usagers à la rue ou de minorités ethniques, et l'accent est porté sur la prévention du VIH. Les usagers des 'nouvelles' drogues sont rarement ciblés par des services de proximité.

Les programmes de proximité tentent de résoudre les difficultés rencontrées par les services officiels en repérant les besoins particuliers des usagers de drogues à la rue. Le travail en institutions est le plus courant, bien qu'il ne se pratique pas souvent, mais le travail de rue est rare et il n'y a pas du tout de travail au domicile des usagers.

Les financements viennent surtout directement de l'Etat vers les projets de proximité, mais certaines sommes sont versées directement des pouvoirs locaux aux services. A Lisbonne, les financements viennent de la région. Le Plan National pour les Drogues, le Projet VIDA et la Commission Nationale de Lutte contre le Sida sont les principales sources de financement. Les organismes subventionnés pour du travail de proximité sont des associations privées. Certains services de proximité ont été évalués et ont montré des résultats positifs en augmentant la visibilité des sous-groupes marginalisés des usagers dépendants et en facilitant l'accès aux services.

UN EXEMPLE D'INTERVENTION :

GABINETE DE APOIO

Le cadre

Le *Gabinete de Apoio* a été mis en place en 1994 par le Centro Social do Casal Ventoso. Neuf professionnels et bénévoles ciblent les usagers à la rue dans une perspective de réduction des risques et de la demande.

Les méthodes

Près de 267 usagers à la rue sont contactés chaque mois dans les quartiers déshérités de Lisbonne et dans la scène de drogues connue. Les réseaux locaux participent activement au projet.

Le financement

Le *Gabinete de Apoio* reçoit régulièrement un financement et a un budget annuel de 79 192 Euros.

8 Synthèse et conclusions

**LE DÉVELOPPEMENT
DU TRAVAIL DE PROXIMITÉ**

OBJECTIFS ET POPULATIONS CIBLES

LES STRUCTURES

**LES MODÈLES DE
TRAVAIL DE PROXIMITÉ**

**LE TRAVAIL DE PROXIMITÉ
ET LES POLITIQUES NATIONALES**

PRATIQUE ET CONCEPTS

DOCUMENTATION ET ÉVALUATION

RECOMMANDATIONS

LE DEVELOPPEMENT DU TRAVAIL DE PROXIMITE

La pratique du travail de proximité s'est considérablement modifiée avec le temps. Si les Pays-Bas et la Grande-Bretagne, en une trentaine d'années seulement, ont mis en place une tradition de proximité particulièrement adaptée aux usagers de drogues, c'est aux Etats-Unis que, d'une façon générale, le travail de proximité a sa tradition la plus ancienne. Dans la recherche scientifique, il s'est opéré un glissement progressif de l'intérêt porté aux pauvres en général, vers la jeunesse pauvre, puis la jeunesse 'hippie', puis les usagers de drogues et par la suite les usagers 'cachés' avec l'épidémie du VIH. Le glissement le plus récent va vers les usagers de ce qu'on appelle les 'nouvelles' drogues dans les 'raves' et les soirées, ce qui a encore élargi la portée et les méthodes de prise de contact du travail de proximité. Malgré ces points communs, il reste de nombreuses disparités entre les pays, par exemple en ce qui concerne les lieux où opèrent les intervenants de proximité et leur rythme de travail. En Europe comme aux Etats-Unis, les interventions de proximité ont été influencées et initiées par des projets de recherche qui comportent également une action directe.

OBJECTIFS ET POPULATIONS CIBLES

Le travail de proximité est encore centré de façon prédominante sur les usagers des drogues 'classiques', comme l'héroïne et la cocaïne. Le travail de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues, comme l'ecstasy, avec l'accent porté sur la réduction de la demande, semble plus courant dans les pays nordiques que dans le reste de l'Europe. Les initiatives de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues et orientées vers la réduction des risques ont pour l'instant surtout été pratiquées en Autriche, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne. Dans l'ensemble de l'Union Européenne, quatre objectifs principaux ont été définis au niveau national pour le travail de proximité :

- repérer et entrer en contact avec les populations cachées ;
- diriger ces populations vers les services de soins existants ;
- mettre en place des activités visant la prévention et la réduction de la demande ;
- développer les gestes de sécurité concernant les relations sexuelles et la consommation de drogues.

Un objectif supplémentaire, défini dans quelques pays seulement au niveau national, est d'identifier les besoins et les représentations des usagers de drogues à l'égard des services existants de traitement de la toxicomanie, pour transmettre par la suite en retour ces informations à ces services. Ces informations peuvent améliorer considérablement l'efficacité et la coordination des services de traitement de la toxicomanie.

Des trois méthodes que nous avons distinguées – le travail de rue, en institutions et au domicile des usagers – le travail de rue est le plus courant dans l'Union Européenne, suivi par le travail en institutions et enfin le travail de proximité au domicile des usagers qui reste peu pratiqué.

En ce qui concerne le travail de proximité auprès des usagers des drogues 'classiques', le débat tourne autour de deux questions. Est-il plus efficace de contacter les populations cachées pour tenter de faciliter l'accès aux services de soins et aux centres de traitement existants ? Ou bien vaut-il mieux entrer en contact directement dans l'environnement social et les lieux fréquentés par les usagers injecteurs, là où ont vraiment lieu les consommations de drogues et les comportements à risque ?

Pour les usagers des 'nouvelles' drogues, les objectifs des interventions de proximité ne sont pas très différents de ceux qui concernent les usagers des drogues 'classiques'. Mais les caractéristiques du groupe cible et les lieux de consommation diffèrent profondément, nécessitant des méthodes de travail radicalement différentes. Comparé à ce qui a été mis en place pour les usagers des drogues 'classiques', le travail de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues en est encore à ses débuts.

L'un des aspects les plus insolubles, dans les comportements auxquels le travail de proximité doit faire face, quel que soit le type d'usagers ciblés, est la prévention dans le domaine des relations sexuelles. C'est en partie parce que les comportements sexuels concernent une population qui dépasse les limites des groupes ciblés. Faire la promotion de gestes de sécurité dans la population générale, ce qui n'est pas facile non plus, est par conséquent toujours une priorité urgente pour ralentir ou arrêter l'évolution du sida.

LES STRUCTURES

La plupart des services de proximité de l'Union Européenne sont issus de services de toxicomanie ou d'organisations de jeunesse. Il existe peu d'organismes de proximité isolés, tout comme sont rares les activités de proximité organisées par des groupes d'autosupport, par d'actuels ou anciens usagers de drogues (soit indépendamment, soit faisant partie d'une organisation d'autosupport plus vaste). Dans l'Europe du nord-ouest, les services de proximité font le plus souvent partie de services communautaires.

L'organisation des services de proximité comprend des structures internes et externes, et ces deux aspects devraient être considérés à la lumière des objectifs principaux du travail de proximité – obtenir une image claire des groupes cibles, les contacter, identifier les besoins des usagers de drogues et y répondre de façon adaptée. Les études et les observations qui concernent la pratique de proximité montrent que la plupart des services manquent encore de ressources financières, juridiques et humaines suffisantes pour mener à bien leur tâche. Il n'y a pratiquement aucun pays de l'Union Européenne qui propose une formation adaptée, spécifiquement orientée sur le travail de proximité, et il y a par conséquent un manque de crédibilité professionnelle et de cohérence dans le profil des postes. On pourrait également beaucoup améliorer les conditions d'emploi et la carrière des intervenants de proximité. L'expérience montre que lorsque les services sociaux sont menacés, leurs activités de proximité sont souvent les premières à être supprimées.

Les relations externes des services de proximité comprennent les contacts avec les autres services en toxicomanie et plus largement les interactions avec d'autres organismes. Ces relations sont d'une grande importance. Les intervenants de proximité peuvent mettre en place beaucoup d'activités utiles à la promotion de gestes de sécurité dans les modes de consommation de drogues, mais si les usagers de drogues rencontrent alors une foule d'obstacles pour mettre en pratique les nouvelles techniques (comme le fait d'être arrêtés par la police à la sortie de l'échange de seringues), les activités de proximité sont condamnées à l'échec dès le départ. Le travail en réseau et en coopération avec les autres organismes est important, mais les difficultés pratiques sont multiples. La rareté des ressources, les objectifs différents ou opposés et les passés et cultures professionnels divergents sont autant d'entraves à un travail en réseau efficace. Il faudrait préciser que ce genre de difficultés dans le travail en réseau ne se produit pas seulement pour le travail de proximité mais également dans l'ensemble du champ de la toxicomanie.

Les problèmes majeurs d'organisation que rencontrent les projets de proximité comprennent l'isolement des intervenants dans leur structure, les relations difficiles avec les organismes de tutelle, un surinvestissement auprès des clients, des désaccords sur les méthodes et les objectifs, le double emploi ou le chevauchement avec d'autres services et l'absence d'une structure adaptée de carrière. A la lumière de ces difficultés, il semble recommandé d'accorder aux services de proximité suffisamment d'autonomie pour leur permettre de mettre en place des méthodes de travail qui correspondent aux besoins et aux situations qu'ils rencontrent. Un objectif fondamental pour le développement de services futurs pour les usagers de drogues serait de les rendre plus accessibles aux clients. Le travail de proximité a là un rôle important à jouer.

On peut distinguer trois types d'intervenants de proximité :

- les professionnels ;
- les intervenants issus du terrain ou les pairs ;
- les bénévoles.

Etant donné le processus en cours de professionnalisation dans le travail de proximité, l'investissement des pairs et des bénévoles est perçu comme extrêmement précieux. Mais la présence des pairs (qui sont d'anciens ou actuels usagers de drogues) est souvent une source de controverses, pas tant en théorie que dans la pratique. Des désaccords se produisent également à propos de la validité et la légalité des méthodes employées et la position des intervenants dans l'ensemble de l'organisation. De tels conflits sont davantage susceptibles de se produire autour des drogues 'classiques' que pour les 'nouvelles' drogues, en partie à cause des caractéristiques différentes de ces groupes cibles. La composition des équipes de proximité et le degré d'investissement des intervenants 'issus du terrain' et des bénévoles varient d'un pays à l'autre selon le statut du travail dans les pays en question ou selon des considérations pragmatiques.

Dans le domaine des 'nouvelles' drogues, l'approche par les pairs gagne en popularité. Dans certains pays se développe le point de vue qu'il peut être plus efficace, pour la prévention en toxicomanie et la réduction de la demande, de former des intervenants pour les jeunes d'une façon générale, en intégrant ces thèmes dans l'ensemble de leur travail qui demande par ailleurs de multiples autres compétences.

LES MODELES DE TRAVAIL DE PROXIMITE

Le travail de proximité peut varier en fonction des paramètres suivants :

- les personnes qui pratiquent le travail de proximité et leurs groupes cibles (qui) ;
- les objectifs des intervenants de proximité (quoi) ;
- les méthodes employées (comment) ;
- les lieux où ces méthodes sont mises en pratique (où).

En s'appuyant sur la littérature et sur les débats avec des experts, quatre modèles ont été construits pour le travail de proximité, ayant chacun ses propres 'qui', 'quoi', 'comment' et 'où'. Ils n'ont pas tous trouvé une expression pratique dans chaque pays de l'Union Européenne, et ils ne se succèdent pas non plus toujours chronologiquement. Sur le terrain, les pratiques de travail que l'on peut classer selon l'un des modèles contiennent également en général des caractéristiques des autres modèles. Il y a cependant un large consensus entre les intervenants de proximité et les experts internationaux sur la valeur pratique de ces modèles et sur leur correspondance avec la pratique actuelle de proximité.

Le modèle du travail auprès des jeunes est le plus ancien en Europe. Dans les années 60, des éducateurs ont commencé à sortir de leur bureau et à chercher activement à entrer en contact avec la 'jeunesse à problèmes'. De façon caractéristique, les objectifs qu'ils se donnaient étaient de trouver une solution avec les jeunes eux-mêmes au lieu de décider dans leur bureau ce qu'ils pensaient devoir faire. Ce modèle est largement suivi par les professionnels ainsi que par certains anciens usagers de drogues qui ont entrepris sur le tas une formation d'éducateur. On les appelle en général des éducateurs ou des éducateurs de rue 'mobiles' ou 'de proximité'. Leurs groupes cibles ne sont pas nécessairement définis en tant qu'usagers de drogues et la consommation de drogues n'est pas non plus leur centre d'intérêt premier ; ils considèrent plutôt que c'est l'un des problèmes des jeunes marginalisés. Leur objectif est de prévenir toute marginalisation éventuelle et de favoriser l'intégration sociale. L'approche est en général du travail de rue et consiste à prendre contact avec la jeunesse marginalisée, y compris les usagers de drogues, dans leur 'environnement naturel', en les poussant à se servir de leurs 'réseaux naturels' et en les accompagnant dans leurs contacts avec les institutions traditionnelles.

Le modèle de la recherche de clients a débuté au début et au milieu des années 70 dans les communautés thérapeutiques. Les praticiens étaient à l'origine surtout des thérapeutes et d'anciens patients ou des professionnels et des bénévoles venant d'associations confessionnelles. La tâche première de ce type d'intervenants de proximité était, et est toujours, d'attirer les usagers de drogues vers les programmes de traitement, et en particulier vers des traitements de sevrage en internat. L'abstinence, suivie par une réintégration sociale, est l'objectif principal. Il s'agissait surtout à l'origine de travail de rue, mais ce travail se fait actuellement principalement dans des

institutions comme les commissariats de police, les prisons et les hôpitaux. Bien que d'autres modèles proposent également des informations sur les centres de traitement et leur adressent des usagers, le travail de proximité ne correspond pas automatiquement au modèle de la recherche de clients. Une condition nécessaire est que le traitement de sevrage soit l'objectif premier du travail de proximité. Le modèle de la recherche de clients se pratique couramment de façon extensive dans la plupart des pays nordiques, en particulier en Suède et en Norvège, avec des usagers des drogues 'classiques' comme groupe cible principal. Si le travail de proximité en Grèce est en général défini comme une activité de réduction des risques, dans la pratique il reste encore très proche du modèle de la recherche de clients.

Le modèle de l'autosupport, comme le modèle du travail auprès des jeunes, répond aux besoins et aux options des usagers de drogues eux-mêmes. Les deux particularités principales de ce troisième modèle sont qu'il est centré de façon beaucoup plus explicite sur les drogues et que ses actions s'appuient davantage sur la perception des intérêts du groupe que sur ceux des personnes. Débutant à la fin des années 70, il est clairement rattaché aux organisations d'autosupport des usagers de drogues ainsi qu'à la notion de pragmatisme – qui consiste à accepter la consommation de drogues comme une réalité sociale, contrairement au paradigme de l'abstinence. Plus que tout autre modèle, celui-ci s'enracine dans la scène de drogues elle-même et est surtout pratiqué par d'anciens ou actuels usagers de drogues (des pairs), des intervenants en réseau et des bénévoles. Il vise principalement la réduction des risques en développant les gestes de sécurité concernant la consommation de drogues et les relations sexuelles, en diffusant des informations, en distribuant des seringues et des préservatifs, en organisant des activités en réseau et en créant ou développant des services à bas seuil, y compris des salles d'injection. De nos jours, il y a peu d'organisations d'autosupport vraiment indépendantes, la plupart d'entre elles étant hébergées dans des centres de traitement en toxicomanie.

Le modèle de santé publique s'est construit sur le modèle de l'autosupport, la différence principale étant qu'il accorde plus d'importance aux professionnels (infirmiers, médecins, travailleurs de terrain). Le modèle de santé publique a pris naissance au milieu et à la fin des années 80, notamment sous l'influence du VIH et du sida puis d'autres maladies comme l'hépatite. L'objectif principal est la réduction des risques par les gestes de sécurité de la consommation de drogues et des relations sexuelles, réalisée en diffusant de l'information et en distribuant des seringues et des préservatifs. Les intervenants de proximité travaillent souvent à partir de services à bas seuil comme les programmes de maintenance à la méthadone et les boutiques.

Plus récemment, le travail de proximité selon les principes du modèle de santé publique se pratique également auprès des usagers des 'nouvelles' drogues. Davantage que dans le cas des drogues 'classiques', des pairs sont recrutés pour ces initiatives, que ce soit pour un soutien ou une éducation par les pairs. L'accent est également davantage porté sur un travail en extérieur, pratiqué surtout dans ce cas non pas dans la rue mais dans les 'raves' ou bien dans ou autour des boîtes de nuit. Encore plus récent est le travail de proximité auprès des consommateurs de crack.

Dans la chronologie, ces modèles sont apparus l'un après l'autre. Ce qui ne signifie pourtant pas que tous ces modèles ont été pratiqués dans tous les pays de l'Union Européenne, ni que le modèle le plus récent – le modèle de santé publique – est aujourd'hui prédominant dans tous les pays. Dans les pays qui ont des traditions de travail de proximité les plus anciennes, les premières méthodes se sont développées selon le modèle du travail auprès des jeunes, avec parfois les usagers de drogues à problèmes comme groupe cible, mais le plus souvent en ciblant plus généralement les jeunes des groupes socialement défavorisés.

Mais actuellement, le travail de proximité ciblant les usagers dépendants est rarement conforme au modèle du travail auprès des jeunes, même s'il se pratique encore couramment auprès de jeunes qui font des expériences de drogues, particulièrement dans les pays nordiques. Le modèle de la recherche de clients n'est plus fréquent, bien qu'il se trouve également davantage dans les pays nordiques et en Grèce. Le modèle de l'autosupport s'est développé surtout aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne. Le modèle de santé publique est celui qui se pratique le plus largement actuellement, mais il est de fait moins courant dans l'Europe du nord et du sud. C'est en Allemagne, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne qu'il est le plus développé et il est de plus en plus accepté dans les pays du sud de l'Europe.

LE TRAVAIL DE PROXIMITE ET LES POLITIQUES NATIONALES

En Europe, le travail de proximité dans le domaine des drogues est une activité d'une importance croissante. Dans la plupart des pays étudiés dans cet ouvrage, le travail de proximité prend une place significative dans la politique nationale contre les drogues. Mais il semble que ce travail soit plus développé en Belgique, en France, au Luxembourg et au Portugal, alors qu'en Espagne il a encore à ce jour un rôle marginal dans la politique nationale de drogue. La plupart des pays ont des objectifs définis au niveau national pour le travail de proximité, mais cette activité n'est pas toujours citée dans les documents de la politique nationale contre les drogues.

L'extension du travail de proximité varie selon les pays étudiés. Elle est plus importante dans les pays du nord-ouest de l'Europe où le travail de proximité est pratiqué dans toutes les villes ou dans la plupart de celles qui ont des problèmes de drogue reconnus. Elle est plus faible dans les pays de l'Europe du sud, reflétant apparemment la nature expérimentale de la plupart des projets de proximité dans cette partie de l'Europe.

Une variation importante existe entre les pays en ce qui concerne le financement du travail de proximité, avec des modèles différents utilisés simultanément. Les sources les plus courantes sont le financement direct de l'Etat et des communes vers les services de proximité, mais ces deux modèles ne se retrouvent pas dans tous les Etats membres. Dans la plupart des pays, mais pas tous, des financements supplémentaires viennent de centres de traitement de la toxicomanie, d'organismes ou d'associations, ou bien le travail se fait avec des bénévoles non payés. Bien que les modèles soient difficiles à discerner, il semble que le Danemark et la Grande-Bretagne soient les pays qui travaillent le plus avec des sources privées de financement.

PRATIQUE ET CONCEPTS

Les pays étudiés au chapitre 7 montrent beaucoup de points communs ainsi que beaucoup de divergences dans les politiques nationales et dans les pratiques. On trouve également des différences et des points communs dans la terminologie. Une difficulté centrale aujourd'hui est que le terme même de 'travail de proximité' est peu connu et encore moins employé dans la plupart des pays parmi les personnes qui le pratiquent. En dehors de la Grande-Bretagne, on utilise en général des expressions comme 'travail de rue' ou 'travail de terrain'. Après une brève explication cependant, les personnes comprennent facilement ce que signifie le concept de proximité. Le chapitre 5 étudie certains points de la terminologie du travail de proximité en Europe et un glossaire international des termes se trouve à la fin de cet ouvrage.

Bien qu'un certain travail sera nécessaire pour que le 'travail de proximité' devienne une expression acceptée universellement pour cette activité largement pratiquée et reconnaissable dans les diverses cultures, cela n'a pas découragé les présents auteurs de proposer une nouvelle définition :

Le travail de proximité dans le domaine des drogues est une méthode active employée par des professionnels, des bénévoles ou des pairs formés pour entrer en contact avec les usagers de drogues. Ses objectifs sont de les informer des risques liés à la consommation de drogues, de les aider à réduire ou éviter ces risques et à améliorer leur condition physique et psychosociale par des moyens individuels ou collectifs.

DOCUMENTATION ET EVALUATION

Les rapports des projets de proximité présentant leurs objectifs et leurs activités se font sous diverses formes en fonction des institutions auxquelles ils s'adressent. Ces rapports

sont en général rédigés pour les organismes financeurs, les décideurs politiques ou les organismes de tutelle dont dépendent les services de proximité. Ces documents sont produits régulièrement ou non et présentent des informations sur l'activité passée et le profil général des groupes cibles et des services fournis. Ils comprennent souvent aussi quelques tableaux descriptifs et quantitatifs. D'autres destinataires, et de toute évidence les plus importants, sont les usagers potentiels des services de proximité. De nombreux supports différents sont produits à leur intention, surtout sous forme de brochures présentant, en langage courant et également parfois dans les langues étrangères parlées par les groupes cibles, des informations sur les services mis à leur disposition et leurs adresses. Ils contiennent souvent également des messages de prévention.

Faire la saisie d'au moins quelques données de base sur leurs activités et leurs groupes cibles semble être une pratique courante des projets de proximité. Nous avons distingué quatre différents types de données :

- des caractéristiques individuelles générales sur les clients et leurs comportements addictifs ;
- des données d'ensemble, souvent réparties selon les sous-groupes cibles ;
- des données individuelles et d'ensemble sur les personnels employés ;
- des données sur le matériel (par exemple le nombre de seringues et de préservatifs fournis).

Ces types généraux de données sont courants dans la plupart des projets de proximité, mais les indicateurs utilisés et les périodes définies varient grandement selon les projets. En d'autres termes, il y a peu de directives sur les normes à appliquer, même au niveau local ou régional, sans parler de l'échelle nationale ou européenne. En attendant, ces formes quantitatives de saisie des données sont considérées dans la pratique par bien des intervenants comme loin d'être idéales pour bien des raisons.

- Etant donnée la nature des contacts de proximité dans la rue (ou dans les soirées et les 'raves'), il n'est pas toujours facile de saisir les données quantitatives demandées, et cela peut même gêner l'activité principale du travail de proximité. Afin d'éviter ce problème, les instruments de saisie des données doivent être simples et discrets.
- Les intervenants ne sont pas toujours convaincus de l'utilité des questions demandées.
- Si la plupart des informations dépendent de ce que disent les clients, il faut gérer la question de la fiabilité des données.
- Beaucoup d'intervenants de proximité préféreraient avoir plus de temps pour saisir et analyser les données qui leur semblent utiles (comme les observations systématiques ou les carnets de terrain).
- Certains projets sont financés par deux ou plusieurs organismes différents qui demandent différentes sortes de collecte et de présentation des données. Cela peut compliquer les procédures de saisie des données.
- Parfois la collecte des données est demandée, mais par la suite les informations fournies ne sont pas traitées. Cela paraît être une simple formalité bureaucratique.

Le besoin d'évaluation, même s'il s'exprime souvent pour des raisons très différentes, est reconnu à tous les niveaux, depuis les projets individuels de proximité jusqu'aux instances régionales, nationales et européennes. On a présenté ici trois types de méthodes d'évaluation – l'évaluation de la structure, de l'activité et des résultats. L'évaluation des résultats des interventions de proximité est difficile à réaliser et à appliquer. Elle demande des ressources considérables et présente une série de difficultés pratiques et méthodologiques. L'évaluation de l'activité semble la méthode la plus largement appliquée dans les projets de proximité. Mais la majeure partie de la documentation est constituée de rapports internes sur les projets de proximité et il n'est pas facile de repérer s'il s'agit de vraies évaluations ou de simples documents politiques contenant quelques remarques sur le travail de proximité. Pour ce qui est d'une évaluation systématique des projets de proximité, il semble donc qu'on en est qu'aux premières étapes dans bien des pays. On sait que les intervenants de proximité eux-mêmes ont compris que le processus d'évaluation est d'une grande utilité, qu'ils expriment le besoin urgent d'informations qualitatives et d'un minimum de normes et de directives établies pour les équipes de proximité. La collecte des données et les instruments d'évaluation sont souvent mis au point au cas par cas et sont spécifiquement destinés à certains projets, rendant très difficile la comparaison avec d'autres projets à l'échelle nationale ou européenne.

La pratique de proximité se caractérise par des méthodes de travail exclusivement autonomes à partir desquelles on devrait adapter le besoin de collecte de données et d'évaluation. Il est recommandé de faire une étude plus approfondie de certaines des questions abordées ici, de façon à établir si une collecte des données européennes sur le

travail de proximité est envisageable. Le questionnaire en cours EDDRA de l'EMCDDA pourrait servir de prototype, mais il vaudrait mieux le réviser sur un certain nombre de points pour qu'il soit plus adapté à l'évaluation de la pratique de proximité.

En dernière analyse cependant, étant donnée la nature spécifique du travail de proximité et les profondes divergences actuelles, les besoins les plus urgents des projets de proximité actuellement semblent se trouver dans les progrès de la pratique actuelle du travail de proximité même. Les moyens de réaliser cela seraient d'élaborer des normes et des méthodes de travail, de mettre en place des possibilités de formation, de renforcer les relations de travail entre les organismes et de développer des méthodes pour le recrutement des pairs et des bénévoles.

RECOMMANDATIONS

A partir des résultats présentés dans cet ouvrage, nous pouvons énoncer sept recommandations pour un projet futur de développement du travail de proximité auprès des usagers de drogues.

Puisque ce travail de proximité se pratique aujourd'hui dans tous les Etats-membres de l'Union Européenne, il y a un besoin urgent de collaboration internationale. Une condition préalable essentielle est que le cadre conceptuel du travail de proximité soit compris universellement. Pour cela, un obstacle majeur est que le concept anglais d'*outreach work*, qui comprend toutes les activités spécifiques mises en place dans ce type de travail, n'est pas employé couramment – ni même largement connu – hors de l'Irlande et de la Grande-Bretagne. Il n'est même pas particulièrement familier chez les intervenants qui se servent d'une série d'autres termes pour en parler. Cette confusion de langage peut gêner la communication entre les pays. En conséquence :

- il faut prendre des mesures concrètes pour s'assurer que les personnes de tous les Etats-membres de l'Union Européenne, en particulier celles qui font du travail de proximité ou qui y sont liées, se familiarisent avec le terme et le concept de travail de proximité.

Les intervenants apprennent en général leur métier dans la pratique et dans des stages de formation professionnelle qui traitent des drogues et présentent souvent des formes d'interventions plus traditionnelles, comme les traitements résidentiels ou ambulatoires. On y porte peu d'attention au travail de proximité. Même s'il existe quelques stages de formation au travail de proximité et si le travail de proximité est parfois présenté dans des écoles ou des universités, la qualité de ces stages et de leurs programmes est peu connue. En conséquence :

- il faut identifier les formations qui professionnalisent le travail de proximité et les moyens d'intégrer le travail de proximité dans des programmes plus généraux de formation professionnelle.

Pour maintenir la qualité du travail de proximité, on étudie actuellement dans plusieurs pays d'Europe les critères de base (les 'normes') concernant l'infrastructure du travail de proximité, les méthodes, les compétences professionnelles et les questions qui s'y rattachent. La plupart de ces initiatives sont locales et indépendantes les unes des autres, même à l'intérieur d'un même pays. En conséquence :

- il faudrait établir un projet pour désigner des experts des différents Etats-membres, afin d'échanger sur les expériences et explorer les possibilités et les limites des normes européennes.

Une condition essentielle préalable à l'intégration des programmes de proximité dans le système européen d'information est la disponibilité des données de ces programmes au niveau national dans les pays. Jusqu'à maintenant, il s'est révélé très difficile d'obtenir une vue d'ensemble nationale normalisée, et c'est une tâche très complexe, même pour les Points Focaux Nationaux. Les différents projets de proximité utilisent des méthodes très variables de collecte et de documentation, des données qualitatives (comme les notes ou carnets de terrain), des statistiques quantitatives (tirées de données sur les consommations ou de questionnaires). La décision d'utiliser une

méthode particulière s'appuie sur des considérations comme les objectifs de l'organisation d'un projet, ses groupes cibles et ses contraintes dans l'organisation interne et externe. En conséquence :

- pour la collecte des données, il faudrait créer des normes simples et cohérentes avec les pratiques de proximité. Cela permettrait de réaliser pleinement l'ensemble des objectifs des services de proximité, à la fois pour les différents groupes cibles et pour l'ensemble des problèmes qu'ils rencontrent. Un format normalisé de collecte des données permettrait de rassembler des données systématiques au niveau national, pour les intégrer à un système européen d'information.

Etant donnée la nature approximative de la structure du travail de proximité, comparé à d'autres types d'interventions, une évaluation des résultats n'est en général pas conseillée comme méthode d'évaluation. Il n'est souvent pas possible d'isoler les effets spécifiques des interventions de proximité de ceux des autres facteurs d'influence. Dans la plupart des cas, une évaluation de l'activité sera la méthode la plus adaptée pour évaluer le travail de proximité. En conséquence :

- il faudrait entreprendre des recherches sur les expériences positives remarquées dans les évaluations de l'activité de proximité. Les résultats de ces évaluations devraient être bien documentés, en faisant une distinction claire entre les activités de proximité dirigées vers les drogues 'classiques' ou les 'nouvelles' drogues. Il faudrait examiner les indicateurs et les modèles utilisés dans les évaluations, et les possibilités de créer des modèles types d'évaluation de l'activité qui pourraient s'adapter aux études internationales. Cela permettrait d'améliorer considérablement la comparabilité entre les pays.

La structure des organisations dans lesquelles le travail de proximité est enraciné est très variable. Le plus souvent, ce sont des centres de soins, de toxicomanie ou de jeunesse. Il s'agit plus rarement de petites organisations relativement autonomes qui ont pour objet exclusivement ou principalement le travail de proximité. On sait peu de choses sur les formes des organisations qui garantissent le mieux la qualité du travail de proximité. En conséquence :

- Il faudrait étudier l'influence de la structure des organisations sur la qualité du travail de proximité, en distinguant à nouveau entre le travail de proximité dirigé vers les drogues 'classiques' ou les 'nouvelles' drogues.

Les méthodes de diffusion de l'information sur le travail de proximité dépendent pour une large part du groupe ciblé. Quand les intervenants de proximité eux-mêmes sont ce groupe cible, la diffusion par les circuits institutionnels existants représente une garantie insuffisante que l'information ira vraiment jusqu'à eux. Un échange régulier et actif d'expériences entre les intervenants de proximité semblerait une méthode plus efficace. Cela donnerait aussi aux projets les plus expérimentés une occasion de communiquer leur savoir et leur compétence aux projets moins expérimentés. En conséquence :

- Des tribunes européennes d'échange sous forme de tables-rondes devraient être mises en place, où les intervenants de proximité pourraient se rencontrer, échanger leurs expériences et s'enrichir mutuellement. Cela pourrait aussi prendre la forme d'une lettre d'information européenne sur le travail de proximité ou d'un site internet sur le web. Etant donné que l'échange d'informations entre les intervenants de proximité en est encore à ses débuts et qu'ils passent la majeure partie de leur temps dans la rue, des temps de rencontre entre eux semblent être le plus utile à cette étape.

Glossaire

Ce glossaire présente une courte description des termes liés au travail de proximité. Les concepts clé étudiés dans les chapitres précédents sont brièvement expliqués et certains concepts moins couramment employés sont également présentés ici. Sauf indication, les termes français sont également utilisés en Wallonie et les termes allemands en Autriche et dans les parties germanophones de la Suisse.

Les termes présentés ici proviennent de l'étude qui est à l'origine de cet ouvrage. La liste n'est par conséquent pas exhaustive pour toutes les langues concernées. Le symbole ¶ indique que le terme suivant est aussi présenté dans ce glossaire.

TERME	DÉFINITION
<i>Acercamiento</i>	Terme espagnol pour ¶ proximité ; pas très courant
<i>Aufsuchende Arbeit</i>	Terme allemand pour ¶ travail de proximité
Bas seuil	Terme français pour ¶ <i>low-threshold</i> . Se dit aussi, bas seuil d'exigence ou structure à bas seuil d'exigence Structure où les usagers de drogues peuvent avoir accès à des services de base (café, espace de repas, seringues stériles, kits, douche, aide pour les démarches à faire) sans que des contreparties ou des exigences soient demandées, hormis le respect des règles minimales de la vie sociale (non acceptation des violences) et de la loi (pas d'usage ni de trafic de drogues dans les locaux). Le terme de bas seuil est assez controversé dans la mesure où il peut être péjoratif (travail à bas seuil de prestations)
<i>Bassa soglia</i>	Terme italien pour ¶ bas seuil
Boule de neige	Terme français pour ¶ <i>snowballing</i> Influencé par le projet belge <i>Boule de neige</i> , le terme français est également connu dans les régions frontalières de l'Allemagne et des Pays-Bas, et de plus en plus aussi dans les autres pays de l'Union Européenne
Boutique	Terme français pour ¶ <i>drop-in centre</i> . Centre convivial où les usagers de drogues ou les prostituées peuvent aller, rester un moment, manger ou boire quelque chose et obtenir informations, préservatifs, seringues, etc.
<i>Centro de acogida</i>	Terme espagnol pour ¶ boutique. Comparable en partie à un centre à bas seuil, dont l'équivalent n'existe pas en Espagne
<i>Chill-out room</i>	Dans une ¶ 'rave', salle sans musique ou avec une musique moins forte et moins rapide que dans la 'rave' ou la soirée. Les usagers de drogues peuvent s'y reposer, boire et se rafraîchir, et les intervenants de proximité peuvent les y contacter, leur présenter et leur donner des informations. Terme utilisé de façon internationale
<i>Cold contact</i>	Personne (usager de drogues, client) non connue auparavant du centre ou de l'organisme de proximité (le contraire de <i>warm contact</i>). Ce terme s'emploie en Grande-Bretagne et en Irlande mais n'est pas courant dans les autres pays
<i>Community change</i>	Changement dans les normes communautaires (des populations, des groupes) des usagers de drogues dans leur ensemble, plutôt que changement limité aux personnes membres de cette communauté
<i>Crisis intervention</i>	Action visant à résoudre le problème grave le plus important du moment
<i>Detached outreach</i>	Travail de proximité par contacts à l'extérieur de tout service, dans les rues, les cafés, les clubs ou les squats. Concept souvent ignoré dans la pratique du travail de proximité hors de la Grande-Bretagne. Semblable à ¶ <i>street work</i> . Traduit en français par ¶ travail de rue

Dispositif mobile	<p>Terme français pour bus ou camionnette mobile.</p> <p>Bus aménagé pour aller au-devant des personnes et leur délivrer des services de base, soins, seringues, informations, etc. Voir □ <i>mobile bus</i> ou <i>van</i>.</p>
<i>Domiciliary outreach</i>	<p>Travail de proximité au domicile des populations cibles, par des visites régulières chez les usagers de drogues ou chez les dealers. Ce concept n'est pas courant dans la pratique du travail de proximité hors de la Grande-Bretagne. Fait souvent partie des 'visites à domicile' sous le terme plus général de □ <i>street work</i></p>
<i>Drop-in centre</i>	<p>Terme international assez courant pour un local à □ bas seuil. Traduit en français par □ boutique</p>
<i>Druckraum</i>	<p>Terme allemand : local où les usagers peuvent prendre des drogues dans de meilleures conditions d'hygiène que dans la rue, en général avec la présence d'infirmières et parfois aussi d'assistantes sociales. A l'origine pour les usagers injecteurs en particulier, mais de plus en plus également pour les consommateurs de crack, d'où le terme □ <i>Konsumraum</i> qui devient plus courant. En français, salle d'injection</p>
Echange de seringues	<p>En anglais, <i>needle exchange</i></p> <p>Donner des seringues stériles pour les injections. Certains intervenants reprennent en contrepartie les seringues usagées, mais ce n'est pas systématique, compte-tenu des difficultés que rencontrent les usagers de drogues pour ramener leurs seringues, du fait de l'interdit qui frappe l'usage de drogue dans la législation : le port d'une seringue peut alors être une suspicion d'usage en cas d'interpellation par la police. L'échange de seringues peut se faire dans un lieu fixe ou dans le cadre d'un travail de rue</p>
<i>Educazione tra pari</i>	<p>Terme italien pour □ <i>peer education</i> (éducation par les pairs)</p>
<i>Empathy</i>	<p>Capacité des intervenants de proximité à lier des relations de confiance, informelles ou amicales avec les usagers de drogues</p>
<i>Empowerment</i>	<p>Consiste à aider les personnes à prendre confiance en elles et se prendre en charge pour pouvoir se contrôler et améliorer leurs conditions de vie. Dans le contexte du travail de proximité, concept peu courant hors de la Grande-Bretagne</p>
<i>Equipa de rua</i>	<p>Terme portugais pour équipe de travail de rue ou □ <i>street-work team</i></p>
<i>Equipa mista</i>	<p>Terme portugais pour équipe mixte. Des représentants des populations cibles deviennent partenaires du projet et de l'équipe</p>
<i>Esimotivointi</i>	<p>Terme finnois : littéralement 'prémotivation'. Premier pas d'une méthode de proximité qui consiste à pousser un client à prendre conscience de ses difficultés</p>
<i>Etsivä sosiaalityö</i>	<p>Terme finnois pour □ <i>outreach work</i></p>
<i>Formidling</i>	<p>Terme norvégien pour □ <i>referral</i> (adresser quelqu'un à un autre centre)</p>
<i>Gassenarbeit</i>	<p>Terme suisse-allemand et à un degré moindre autrichien pour □ <i>Straßensozialarbeit</i>, □ <i>street work</i>. Aujourd'hui les termes □ <i>Streetwork</i> et □ <i>Straßensozialarbeit</i> sont moins courants en Autriche</p>
Groupe de pairs	<p>Terme français pour □ <i>peer group</i></p> <p>Personnes qui font partie du monde social des usagers de drogues et sur lesquelles les intervenants s'appuient pour qu'elles servent de relais et transmettent des informations et des messages de prévention au sein de leur milieu</p>
<i>Grupo de iguales</i>	<p>Terme espagnol pour □ <i>peer group</i></p>
<i>Harm reduction</i>	<p>Tentatives de réduire les dommages que les drogues peuvent causer plutôt que d'essayer d'empêcher la consommation de drogues en tant que telle. En français, réduction des dommages (ou réduction des risques)</p>
<i>Intercambio de jeringuillas</i>	<p>Terme espagnol pour □ échange de seringues</p>
<i>Intervenção comunitária</i>	<p>Terme portugais : intervention communautaire, impliquant les populations locales pour traiter le problème local de drogue</p>
<i>Intervenção de rede</i>	<p>Terme portugais pour □ <i>networking</i> (travail en réseau)</p>
<i>Katutyö</i>	<p>Terme finnois pour □ <i>street work</i>, en particulier auprès des jeunes</p>
<i>Konsumraum</i>	<p>Terme allemand : local où les usagers de drogues peuvent prendre des drogues dans de meilleurs conditions d'hygiène que dans la rue. Voir aussi □ <i>Druckraum</i>. Le terme <i>Konsumraum</i> gagne en popularité</p>
<i>Krisen-intervention</i>	<p>Terme allemand pour □ <i>crisis intervention</i></p>
<i>Laagdrempelig</i>	

Terme néerlandais pour
Π bas seuil

Lavoro di rete
Low threshold

Mapping

Meccanismi autoregolativi

Mobile bus ou *van*

Νροτραμια νροεγγιεηε Χρπεεπινετο δρομο
Nachlaufende Sozialarbeit
Networking

Niedrig-schwellig
Offene Szene
Open scene

Oppsukende arbeid
Outreach
Outreach work
Pairs ou *Peer*

Peer education

Peer outreach
Peripatetic outreach

Terme italien pour Π *networking* (travail en réseau)

Tire son origine du terme néerlandais Π *laagdremkelig*. Lieu facilement accessible pour les usagers de drogues, avec des services conviviaux. L'accent est largement porté sur la réduction des risques plutôt que sur l'abstinence. Les visiteurs peuvent trouver quelque

chose à manger et à boire, des services d'hygiène sont souvent proposés, on peut en général faire l'échange de seringues et la méthadone est parfois proposée. Ce terme a été traduit dans plusieurs autres langues. En français □ bas seuil

Etablir une carte géographique et sociale qui montre où se trouvent les groupes d'usagers de drogues dans une région, une ville ou un quartier. Peut comporter des informations sur leurs caractéristiques et/ou leurs problèmes. Le but est d'établir les objectifs et les priorités en fonction des groupes cibles. C'est en principe la première étape d'un projet de proximité. Egalement employé pour repérer les nouvelles tendances dans la consommation de drogues (*trend mapping* ou *trend spotting*)

Terme italien : processus d'auto-changement, changement de comportement par des processus collectifs ou de groupe, par exemple, changement des normes et des valeurs d'une subculture

Bus ou camionnette qui propose des services aux usagers de drogues à certaines heures régulières (par exemple, tous les jours ou tous les week-ends). Les services peuvent comprendre de l'échange de seringues, des soins médicaux de

base, de la nourriture et de la boisson, la prescription de méthadone. Se fait en général dans les quartiers où vivent ou se retrouvent de nombreux usagers de drogues. Ce terme ne s'applique pas aux bus ou aux camionnettes qui sont dans un lieu fixe. Voir □ dispositif mobile

Expression grecque pour □ *street work* (travail de rue)

Expression allemande : essayer de retrouver un client

Travailler en partenariat avec d'autres services dans l'intérêt des clients, mais sur des terrains différents ou à différents niveaux. Appelé aussi 'network mobilisation'. Traduit en français par 'travail en réseau'

Terme allemand pour □ bas seuil. Par exemple, *niedrig-schwellige Drogenarbeit*

Terme allemand pour □ *open scene* (scène ouverte)

Tire son origine du terme allemand □ *offene Szene*. Rassemblement durable d'usagers de drogues en public, où la consommation de drogues et le trafic sont visibles, même à un œil extérieur, par exemple dans les gares ou aux alentours. Ce terme n'est pas employé en Grande-Bretagne mais n'est pas inconnu dans les autres pays

Terme norvégien pour □ *outreach work*

Terme anglais traduit par □ proximité. Littéralement : aller dehors pour atteindre

Terme anglais traduit par □ travail de proximité

De *peer group*. Bénévole formé qui fait partie de la population cible (consommateur de drogues, prostituée) ou qui en faisait partie auparavant (ex-usager de drogues, ex-prostituée). Impliqué en général dans les projets de soutien ou d'éducation par les pairs.

Terme employé de façon internationale. En français, pairs ou □ groupes de pairs

Des pairs font l'éducation des usagers de drogues en leur diffusant des messages de prévention, en particulier sur les gestes de sécurité concernant la consommation de drogues et les relations sexuelles. Ils s'adressent à leurs pairs dans leur propre langue, à l'intérieur d'une subculture commune. Pour le travail de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues, cette stratégie est essentielle

Travail de proximité entrepris par des pairs (□ *peers*)

Travail en institutions plutôt qu'auprès de personnes. Consiste à travailler et proposer des services dans des centres et des organismes comme les centres d'hébergement, les clubs de jeunes et les prisons. Même si les intervenants de proximité n'ignorent pas cette forme de travail, ce terme n'est pas courant dans la pratique, en dehors de la Grande-Bretagne. En France, le terme '*peripatetic*' est associé à la prostitution

Prévention participative	Terme français (<i>shared prevention</i> en anglais). Travail en commun avec le groupe cible pour préparer, conceptualiser et réaliser une campagne et des matériaux de prévention. Les partenaires sont considérés à égalité. Cela se pratique dans le projet <i>Boule de neige</i> . Terme peu courant
Proximité	Terme français pour □ <i>outreach</i> . Voir □ travail de proximité
Rave	Rassemblement d'un groupe important, surtout composé de jeunes, en plein air à l'origine ou dans un lieu en partie ouvert à tous, où se joue de la musique très rapide et très forte, surtout la nuit. Actuellement cela se passe plutôt à l'intérieur d'une salle. Est souvent associé avec la consommation de drogues de synthèse comme l'ecstasy, bien qu'en général tous les visiteurs ne sont pas sous l'influence de ces substances
<i>Reducción de daños</i>	Terme espagnol pour □ <i>harm reduction</i> (réduction des risques ou des dommages)
<i>Reducción de riesgos</i>	Terme espagnol pour réduction des risques
<i>Redução de riscos</i>	Terme portugais pour □ <i>harm reduction</i> (réduction des risques ou des dommages)
<i>Referral</i>	Informar les usagers de drogues des endroits où ils peuvent trouver une aide adaptée, les aider à prendre contact avec d'autres centres et institutions
<i>Relasjons bygging</i>	Terme norvégien : établir des relations. Concept très courant dans la pratique quotidienne du travail de proximité en Norvège. Il signifie : prendre contact avec des personnes dans la rue pour établir une relation de confiance et faciliter le travail ultérieur. Semblable au concept finnois de □ <i>esimotivointi</i>
<i>Στεκι Χρηστες ηαρο τικμη ογΕιοη</i>	Expression grecque pour □ <i>street work</i> (travail de rue). Littéralement un programme de conseil pour l'aide dans la rue
<i>Safe sex</i>	Se dit aussi <i>safer sex</i> . Diminuer les risques d'infections dans les relations sexuelles. Dans le contexte du travail de proximité, il s'agit surtout de développer l'usage du préservatif et d'en distribuer. Beaucoup de pays connaissent surtout le terme anglais
<i>Safe use</i>	Se dit aussi <i>safer use</i> . Consommer des drogues d'une façon qui comporte moins de risques d'infection ou d'autres conséquences dommageables. Dans le contexte du travail de proximité, il s'agit surtout de développer des modes d'administration non injectables, ou bien, dans le cas d'injection intraveineuse, l'usage régulier de seringues ou d'aiguilles neuves ou la stérilisation des aiguilles usagées. Beaucoup de pays emploient l'expression anglaise.
<i>Satellite</i>	Travail de proximité dans des lieux particuliers (par exemple, dans les services de probation, travail informel dans des centres communautaires) en partenariat avec d'autres centres. Voir □ <i>peripatetic outreach</i>
<i>Scene</i>	Voir □ <i>open scene</i>
<i>Schadens-minimierung</i>	Terme allemand pour □ <i>harm reduction</i> (réduction des dommages ou des risques)
<i>Schneeball-verfahren</i>	Terme allemand pour □ <i>snowballing</i> . Se dit aussi <i>Schneeballmethode</i> ou <i>Schneeballtechnik</i>
<i>Skadereuser ende tiltak</i>	Terme norvégien pour □ <i>harm reduction</i> (réduction des dommages ou des risques)
<i>Sneeuwbal-methode</i>	Terme néerlandais pour □ <i>snowballing</i> . En Flandres (Belgique), mieux connu sous le terme □ boule de neige
<i>Snowballing</i>	Prendre contact avec de nouvelles personnes (usagers de drogues, clients) à travers le réseau des personnes déjà connues. Technique utilisée dans la recherche qualitative (échantillon par boule de neige) et terme de plus en plus employé dans le travail de proximité, en particulier dans les projets de soutien et d'éducation par les pairs
<i>Social work</i>	Formation professionnelle courante chez les intervenants de proximité. Mais <i>social worker</i> peut avoir un sens officiel ou non assez différent. Dans certains pays, les travailleurs sociaux (ou les assistantes sociales) risquent d'être perçus par les usagers de drogues comme des fonctionnaires ou des représentants de l'institution. En allemand, un
<i>Solution-focused brief intervention</i>	terme plus neutre est □ <i>Sozialarbeit</i>
<i>Sozialarbeit</i>	Dispositif d'intervention à court terme avec un client (sept mois au plus). On cherche à résoudre les problèmes à partir des besoins du client
<i>Sozialarbeiter</i>	Terme allemand pour □ <i>social work</i>
<i>Spotting</i>	Terme allemand pour une personne qui pratique le <i>Sozialarbeit</i>
<i>Spritzentausch</i>	Voir □ <i>mapping</i>
<i>Spuitenruil</i>	Terme allemand pour : échange de seringues

Terme néerlandais pour :
échange de seringues. Se
dit aussi *sputenomruil*

Straathoekwerk

Straßensozialarbeit

Street work

Trabajadores de acercamiento

*Trabajadores
de calle*

Travail de proximité

Travail de rue

Überlebenshilfe

Utekontakt

Warm contact

Terme néerlandais pour □ *street work*. Aux Pays-Bas, on utilise aussi le terme anglais *street-corner work*. Se dit aussi *veldwerk*

Terme allemand pour □ *street work*. Le terme le plus courant en Allemagne et en Autriche est *Streetwork*

Le terme du travail de proximité le plus courant au niveau international. Il se réfère surtout, mais pas exclusivement, à du □ travail de proximité de rue

Terme espagnol pour : intervenants de proximité. □ *trabajadores de calle* est plus courant

Terme espagnol pour : éducateurs de rue

Terme français pour □ *outreach work*. Dans le domaine des drogues, méthode active employée par des professionnels et des bénévoles ou des pairs formés pour entrer en contact avec les usagers de drogues, afin de les informer des risques liés à la consommation de drogues, de les aider à réduire ou éviter ces risques et à améliorer leur condition physique et psychosociale par des moyens individuels ou collectifs

Terme français pour □ *street work*. Il s'agit d'aller au-devant des usagers de drogues, dans la rue, les squats, à pied, dans un bus ou dans des voitures banalisées pour leur délivrer des messages de prévention, leur donner des informations (adresses où ils peuvent obtenir des services, risques liés à l'injection), distribuer des seringues stériles, etc.

Terme allemand : aide d'urgence. En particulier, dons de nourriture, boissons et vêtements

Terme norvégien pour □ *street work*

Personne (usager de drogues, client) déjà connue des centres ou services de proximité.

Employé en Grande-Bretagne et en Irlande, peu courant dans les autres pays. Le contraire est □ *cold contact*

BIBLIOGRAPHIE

- Adler P.A.** (1985) *Wheeling and dealing : An ethnography of an upper-level drug dealing and smuggling community* (New York : Columbia University Press).
- AIDS-Hilfe** (1997) *Zugehende Sozialarbeit für drogengebrauchende Frauen und Männer. Ein Handbuch* (Berlin : Deutsche AIDS-Hilfe).
- Armstrong, D., Grace, J.** (1994) *Research methods and audit in general practice* (Oxford : Oxford University Press).
- Augé, M.** (1995), *Non-places : Introduction to an anthropology of supermodernity* (Londres : Verso).
- Barraud, D.** (1994) 'Taking the first step : Outreach work with drug users', in Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs, *Outreach* (Strasbourg : Publications du Conseil de l'Europe), 85-91.
- Barrow, S.M. et al.** (1994) 'Evaluating outreach services : Lessons from a study of five programs, *New directions for mental health services*, 2, 29-45.
- Bassarak, H.** (1995) 'Thesen zur Strassensozialarbeit/Mobilen Jugendarbeit zwischen selbstgestellten Leistungsanspruch und von aussen determinierten Effektivitäts- und Effizienzkontrolle', *Streetcorner*, 8(2), 53-71.
- Becker, H.S.** (1963) *Outsiders : Studies in the sociology of deviance* (New York : Free Press).
- Blanken, P., Barendregt, C.** (1998) *Het roken van cocaïne-base in Rotterdam* (Rotterdam : Instituut voor Verslavingsonderzoek).
- Bolton, K., Walling, A.** (1993) 'User to user', *Druglink*, 8(4), 14-15.
- Booth, R.E., Koester, S.K.** (1996) 'Issues and approaches to evaluating HIV outreach interventions', *Journal of drug issues*, 26(3), 525-39.
- Boullenger, N., Weinberger, M., Coppel, A.** (1992) 'Les recherches françaises de terrain sur les toxicomanies', in Ehrenberg, A. (ed.), *Penser la drogue, penser les drogues. I – Etat des lieux* (Paris : Editions Descartes).
- Bravo, M.J.** (1994) 'Reaching special target groups : Some lessons learned', in Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs, *Outreach* (Strasbourg : Publications du Conseil de l'Europe), 33-43.
- Broadhead, R., Margolis, E.** (1993) 'Drug policy in the time of AIDS : The development of outreach in San Francisco', *Sociological quarterly*, 34 (3), 497-522.
- Buning, E., Van Brussel, G., Van Santen, G.** (1988) 'Amsterdam's drug policy and its implications for controlling needle sharing', in Battjes, R., Pickens, R. (eds) *Needle sharing among intravenous drug abusers : National and international perspectives*, NIDA Research Monograph 80 (Rockville, MD : National Institute on Drug Abuse).
- Cohen, A.P.** (1985) *The synthetic construction of community* (Londres : Routledge).
- Coles, P., Pates, R.** (1993) 'More than just a number', *Druglink*, 8(4), 16-17.
- Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs** (1994) *Outreach* (Strasbourg : Publications du Conseil de l'Europe).
- Coppel, A.** (1996) 'Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France', *Communication : Vivre avec les drogues*, n° 62 (Paris : Seuil), 75-104.
- Correia-Chitas V.** (1994) 'Intervention in networks, an experience in a town in the Greater Lisbon area', in Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs, *Outreach* (Strasbourg : Publications du Conseil de l'Europe), 59-63.
- Cranstoun Drug Services** (1997) *Annual review 1996/1997 : Tackling drug use in our communities* (Londres : Cranstoun Drug Services).
- Debord, G.** (1983) *The society of the spectacle* (Detroit, MI : Black and Red).
- Demange, J.** (1996) 'The French situation', in Nizzoli, U. (ed.) *The way things are* (Modena : Mucchi), 209-13.
- Ehrenberg, A.** (ed.) (1992) *Penser la drogue, penser les drogues. I – Etat des lieux* (Paris : Editions Descartes).

- Eisenbach-Strangl, I.** (1994) 'Die neue Nuechternheit. Epidemiologie des legalen und illegalen Drogengebrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Oesterreich', in H.R. Janig (ed.) *Wartezeit. Studien zu den Lebensverhaeltnissen Jugendlicher in Oesterreich* (Innsbruck : Oesterreicher Studien Verlag).
- Eisner, E.** (1979) *The educational imagination : On the design and evaluation of school programs* (New York : Macmillan).
- Elwood, W.N., Dayton, C.A., Richard, A.J.** (1995) 'Ethnography and illegal drug users : the efficacy of outreach as HIV prevention', *Communication Studies*, 46 (3-4), 1995, pp. 261-75
- EMCDDA** (1998) *Evaluating drug prevention in the European Union*, Scientific Monograph N° 2 (Lisbonne : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).
- EMCDDA** (1997) *New trends in synthetic drugs in the European Union : Epidemiology and demand-reduction responses*, Insights series n° 1 (Lisbonne : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).
- Fontana, T.** (1997) 'Ach wie gut... dass es bald eine BAG Street-work/Mobile Jugendarbeit in Deutschland gibt', *Streetcorner*, 10(2), 19-21.
- Foote, W.** (1943) *Street corner society* (Chicago, IL : University of Chicago Press).
- Franken, I.H.A., Meulders, W.A.J.** (1994) *Evaluatie-rapport Aids-preventie-project Boule de Neige* (Limburg : Consultatiebureau voor Alcohol en andere Drugs).
- Fromberg, E.** (1996) 'Harm reduction and XTC', Paper presented at the 'Conferenza Internazionale : Ecstasy e sostanze psichedeliche', Bologne, 18-19 novembre.
- Fromberg, E.** (1995) 'The ideologies behind harm reduction', Paper presented at the 6th International Conference on the Reduction of Drug-related Harm, Florence, 26-30 mars.
- Gamella, J.F., Roldán, A.A.** (1997) 'The content of ecstasy in Spain', in Korf, D.J., Riper, H. (eds) *Illicit Drugs in Europe* (Amsterdam : SISWO), 130-40.
- Gilman, M.** (1992) *Outreach - drugs work* (Londres : Institute for the Study of Drug Dependence).
- Glaser, B., Strauss, A.** (1967) *The discovery of grounded theory* (Chicago, IL : Aldine).
- Grant, I.** (1997) *An evaluation of outreach work in Lothian* (Edimbourg : Centre for HIV/AIDS Studies).
- Gregory, J. (ed)** (1995) *Youth at risk. Community education responses to the needs of disadvantaged and excluded young people across Europe* (Edimbourg : International Community Education Association).
- Grund, J., et al.** (1992) 'Reaching the unreached : An outreach model for 'on-the-spot' AIDS prevention among active, out-of-treatment addicts', in O'Hare, P. (ed) *The reduction of drug-related harm* (Londres : Routledge, 172-180).
- Hacker, P., David, A.** (1996) *Vienna Drogenbericht 1996* (Vienne : Magistrat der Stadt Wien).
- Hakerud, E.** (1994) 'Effective factors in early intervention. Experience from work with streetgangs', in Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs, *Outreach* (Strasbourg : Publications du Conseil de l'Europe), 55-58.
- Hartnoll, R.L., Rhodes, T.J., Jones, S., et al.** (1990) *A survey of HIV outreach intervention in the United Kingdom* (Londres : University of London, Birkbeck College).
- Hazekamp, J.L.** (1976) 'Streetcorner-work : een plaatsbepaling', *Jeugd en Samenleving*, 6, 503-18.
- Hibell, B., et al.** (1997) *The 1995 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) Report. Alcohol and other drug use among students in 26 countries* (Stockholm : Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN)/Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe).
- IGIA** (1996) *Centros de encuentro y acogida. Documento de referencia* (Barcelone : Grup Igia).
- Ingold, F.** (1991) 'Les toxicomanes en Europe : Epidémiologie et ethnographie', in Ehrenberg, A. (ed.) *Individus sous influence* (Paris : Editions Esprit).
- Irish Ministerial Task Force** (1996) *First report of the Ministerial Task Force on measures to reduce the demand for drugs* (Dublin : Department of Tourism, Sport and Recreation).
- ISDD** (1997) *Drug misuse in Britain* (Londres : Institute for the Study of Drug Dependence).
- Jacob, E.** (1997) 'Les structures à 'bas seuil', nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion a minima des 'populations à risques'?', *Revue Prévenir*, 32(1), 103-13.

- Jacques, J.P., Goosdeel, A.** (1990) 'Operation Boule de Neige', texte présenté à la rencontre internationale des experts sur 'Aids, drugs and mass migration', Berlin, 17-20 novembre.
- Jamin, J., Voortman, G.J.** (1997) 'Three European cities united in prevention project', *Jellinek quarterly*, 4(3), 10-11.
- Johnson, J.** (1990) 'Ethnopharmacology', *Contemporary ethnography*, 19(3), 349-69.
- Kaminsky, D.** (1996) *Nouvelles politiques fédérales dans un Etat trirégional* (Paris : Colloque du Groupe de Recherche Psychotropes, Politique et Société).
- Kinable, R.** (1994) *Druggebruikers en AIDS. AIDS-risicogedrag by injecterende druggebruikers en evaluatie van een preventief project* (Anvers : Verenigin voor Alcohol en andere Drugproblemen, Katholieke Universiteit Leuven, Free Clinic).
- Klose, A., Steffan, W. (eds)** (1996) *Streetwork und Mobile Jugendarbeit in Europa* (Munich : Votum).
- Knoke, D., Kulinski, J.H.** (1982) *Network analysis* (Newbury Park, CA : Sage).
- Korf, D.J.** (1995) *Dutch treat : Formal control and illicit drug use in the Netherlands* (Amsterdam : Thesis).
- Korf, D.J., Blanken, P., Nabben, T.** (1991) *Een nieuwe wonderpil ? Verspreiding, effecten en risico's an ecstasy-gebruik in Amsterdam* (Amsterdam : Jellinekcentrum).
- Korf, D.J., Riper, H. (eds)** (1997) *Illicit drugs in Europe* (Amsterdam : SISWO).
- Krebs W.** (1997) 'Qualitätsniveau und betriebswirtschaftliche Orientierung in der Strassen-sozialarbeit – Ökonomisierung von Streetwork ?', *Streetcorner*, 10(2), 3-18.
- Lart, R., Stimson, G.** (1990) 'National survey of syringe exchange schemes in England', *British journal of addiction*, 85(11), 1433-44.
- Leqaurré, F., Jacques, J.P., Pauwels, C., Goosdeel, A.** (1993) 'Snowballs still on the run', Paper presented at the 4th International Conference on the Reduction of Drug-related Harm, Rotterdam, 14-18 mars.
- Lewis, R.** 'An overview of injecting drug use and HIV infection in Edinburgh, Scotland, maximising benefit and minimising harm', *Journal of drug issues*, 27(1), 43-56.
- Lifeline Project** (1991) 'Reaching out could be copping out : Outreach services for drug users', *Druglink*, 6(1), 12-14.
- Longshore, D.** (1992) 'AIDS education for drug users : Existing research and new directions', *Journal of drug issues*, 22(1), 1-16.
- Majoer, B.** (1994) 'Helping the helpers, a plea for structural support of " hearts " workers', Paper presented at the 5th International Conference on the Reduction of Drug-related Harm, Toronto, 6-10 mars.
- McAuliffe, W., Doering, S., et al.** (1986) *Evaluation of Street Outreach AIDS Prevention (SOAP) project : Final report* (Boston, MA : Health Education Organisation).
- McDermott, P.** (1993) 'The personal touch', *Druglink*, 8(4), 13.
- McDermott, P., Matthews, A., O'Hare, P., Bennett, A.** (1992) 'Ecstasy in the United Kingdom : Recreational drug use and subcultural change', in Heather, N., et al. (eds) *Psychiatric drugs and harm reduction : From faith to science* (Londres : Whurr).
- McKeganey, N., Bernard, M.** (1996) *See work on the streets : Prostitutes and their clients*, (Milton Keynes : Open University).
- Milburn, K.** (1996) *Peer education : young people and sexual health : A critical review*, Working Paper n° 2 (Edimbourg : Health Education Board for Scotland).
- Moerkerk, H., Aggleton, P.** (1990) 'AIDS prevention strategies in Europe : a comparison and critical analysis', in Aggleton, P., Davies, P., Hart, G. (eds) *AIDS : Individual, cultural and policy dimensions* (Bristol : Taylor and Francis).
- Monier, B.** (1982) 'Réflexion sur la prévention spécialisée', *Le Livre ouvert des clubs et équipes de prévention spécialisée* (Paris : Centre National du Livre).
- Morse, M.** (1965) *The unattached : A report of the three-year prooject carried out by the National Association of Youth Clubs* (Gretna, LA : Pelican).
- Nabben, T., Korf, D.J.** (1997) 'Panel study on new trends in drug use in Amserdam', in Korf, D.J., Riper, H. (eds) *Illicit drugs in Europe* (Amsterdam : SISWO), 157-63.
- Nevermo, K.** (1994) 'An example of outreach work in a county of northern Norway', in Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs, *Outreach* (Strasbourg : Publications du Conseil de l'Europe), 55-59.
- Norwegian Ministry of Social Affairs** (1997) *Drug policy*, White Paper 16 (Oslo : Stortinget).
- Norwegian Ministry of Social Affairs** (1992) *The delivery of services for substance abusers*, White Paper 69 (Oslo : Stortinget).

- ÖBIG** (1997) *Report on the drug situation in Austria 1997* (Vienna : Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen).
- O'Connor, A.M.** (1996) *Women working in prostitution : Towards a healthier future. Second report for EUROPAP and the Eastern Health Board* (Dublin : University College Dublin).
- O'Hare, P.A., (ed.)** (1992) *The reduction of drug-related harm* (Londres : Routledge).
- Pearson, G.** (1991) 'Varieties of ethnography : Limits and possibilities in the field of illegal drug use', in *Proceedings of the expert meeting on illegal drug use : Research methods of hidden populations* (Rotterdam : NIAD).
- Pearson, G., et al.** (1991) 'Everything starts with an E : An introduction to ecstasy use by young people in Britain', *Druglink*, 6(6), 10-11.
- Podschn, G.** (1993) 'Teen peer outreach-streetwork project : HIV prevention for education for runaway and homeless youths', *Public health reports*, 108, 150-55.
- Polkinghorne Report** (1996) *An independent review of drug treatment services in England* (Londres : Department of Health).
- Power, R.** (1994) 'Some methodological and practical implications of employing drug users as indigenous fieldworkers', in Boulton, M. (ed.) *Challenge and innovation : Methodological advances in social research. Research on HIV/AIDS* (Londres : Taylor & Francis), 97-111.
- Power, R., S. Jones, G. Kearns, J. Ward** (1992) 'Informal coping strategies of community-based drug users in Britain', in N.J. Kozel (ed.) *Epidemiologic trends in drug abuse* (Rockville, MD : National Institute on Drug Abuse).
- Public Health Policy Unit** (1997) *Planning and provision of drug misuse services* (Edimbourg : The Scottish Office).
- Rhodes, T.** (1994a) *Risk, intervention and change* (Londres : Health Education Authority).
- Rhodes, T.** (1994b) 'HIV outreach, peer education and community change : Developments and dilemmas', *Health education journal*, 53(1), 92-99.
- Rhodes, T.** (1993) 'Time for community change : What has outreach to offer ?', *Addiction*, 88(10), 1317-1320.
- Rhodes, T.** (1991) 'HIV outreach in Britain', *Druglink*, 6(3), 12-14.
- Rhodes, T., Holland, J.** (1992) 'Outreach as a strategy for HIV prevention : Aims and practice', *Health education research*, 7(4), 533-46.
- Rhodes, T., Hartnoll, R.L., Johnson, A.M.** (1991a) *Out of the Agency and onto the Streets : A Review of HIV Outreach Health Education in Europe and in the United States* (Londres, Institute for the Study of Drug Dependence, Research Monograph 2).
- Rhodes, T., Holland, J., Hartnoll, R.** (1991b) *Hard to reach or out of reach : An evaluation of an innovative model of HIV outreach health education* (Londres : Tufnell Press).
- Richard, A.J., Bell, C., Elwood, W.N. Shotts-Clayton, C.** (1996) 'Outreach and program evaluation : Some measurement issues', *Evaluation practice*, 17(3), 237-50.
- Rinnerbaner, E.** (1995) 'Erlebnispädagogik der Streetwork Wien', *Streetcorner*, 8(2), 3-13.
- Riper, H., Berkeley, D., Sanchis, C.** (1995) *Study of the knowledge, attitudes and behaviour in respect of AIDS of target groups in the Community. Final report DGV* (Luxembourg : European Communities).
- Roldán, A.A., Gamella, J.F., Sánchez, J.** (1997) 'Trends and patterns of ecstasy use in Spain' in Korf, D.J., Riper, H. (eds) *Illicit drugs in Europe* (Amsterdam : SISWO), 147-57.
- Rossi, P.H.** (1978) 'Issues in the evaluation of human services delivery', *Evaluation quarterly*, 2, 573-99.
- Schaffranek, J.** (1996) 'Standards und Qualitätsmerkmale von Streetwork', *Streetcorner*, 9(1), 31-36.
- Schelsky, H.** (1958) *Die skeptische Generation, Eine Soziologie der deutsche Jugend* (Düsseldorf/Köln : Diederichs).
- Schmidt, T., Visser, F.** (1997) 'Ist Streetwork erlernbar ? Erste Erfahrungen aus einem Hochschulprojekt', in *AIDS-Hilfe, Zugehende Sozialarbeit für drogengebrauchende Frauen und Männer. Ein Handbuch* (Berlin : Deutsche AIDS-Hilfe), 91-102.
- Serpelloni, G., Rossi, A. (eds)** (1996) *HIV/AIDS e Droga. Manuale per operatione de Prevenzione. L'intervento in strada* (Vérone : Leonard Edizioni).
- Shiner, M., Newburn, T.** (1996) *Young people, drugs and peer education : An evaluation of the Youth Awareness Programme (YAP)* (Londres : Home Office).
- Skinner, H.A.** (1992) 'Lifestyle assessment and change : Theory, what theory ?', in Tudiver, F., Bass, M.J., Dunn, E.V., Norton, P.G., Swart, M. (eds) *Assessing interventions : Traditional and innovative methods* (Newbury Park, CA : Sage).

- Specht, W.** (1991) 'Jugendkonflikte als Herausforderung für sozial pädagogisches Handeln', in W. Specht (ed.) *Die gefährliche Strasse : Jugendkonflikte und Stadtteilarbeit* (Bielefeld : Böllert, KT Verlag).
- Spencer, J.C.** (1950) 'The unclubbable adolescent', *British journal of delinquency*, 1, 113-24.
- Steffan, W.** (1988) *Streetwork in der Drogenszene* (Fribourg-en-Brisgau : Lambertus).
- Steffan, W. (ed.)** (1989) *Strassensozialarbeit. Eine Methode für heisse Praxis-felder* (Weinheim/Bâle : Beltz Verlag).
- Stimson, G., Alldritti, L., Dolan, K., et al.** (1988) *Injecting equipment exchange schemes : Final report* (Londres : Goldsmiths College, Université de Londres).
- Stimson, V., Eaton, G., Rhodes, T., Power, R.** (1994) 'Potential development of community-oriented HIV outreach among drug injectors in the UK', *Addiction*, 89(12), 1601-1611.
- Strang, J.** (1994) 'Why are early intervention and self-help so neglected?', in Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs, *Outreach* (Strasbourg : Publications du Conseil de l'Europe), 25-31.
- Sufian, M., Freidaman, S., et al.** (1989), 'Risk reduction after intervention among intravenous drug users', Paper presented at the 5th International Conference on AIDS, Montréal, 4-11 juin.
- Svensson, N.P.** (1994) 'General introduction presentation', in Cooperation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs, *Outreach* (Strasbourg : Publications du Conseil de l'Europe), 9-15.
- Thomas, M., Pierson, J. (eds)** (1995) *Dictionary of social work* (Londres : Collins Educational).
- Thompson, P.I., Jones, T.S.** (1990) (AIDS prevention for IDUs in the community : Street-based education', *Hygiene*, 9(4), 34-38.
- Trautman, F.** (1996) 'Strassensozialarbeit in den Niederlanden', in Klose, A., Steffan, W. (eds) *Endberichte zum Forschungsprojekt Europäische Streetwork-Explorationsstudie* (Münster : Votum-Verlag).
- Trotter, R.T., Bowen, A.M., Potter, J.M.** (1995) *Network models for HIV outreach and prevention programs for drug users*, NIDA Research Monographs N° 151 (Rockville, MD : National Institute on Drug Abuse), 144-80.
- MHRI** (1997) *Annual report on the drug situation* (Athens : University Mental Health Research Institute).
- Van Brussel, G.H.A., Buster, M.C.A., Woude, D.H. v.d.** (1995) *Dovend vuur. Jaarbericht Drugsafdeling GG & GD 94/95* (Amsterdam : Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst).
- Vidal-Naquet, P.** (1989) *Hors les murs, l'action sanitaire et sociale foraine auprès des publics marginalisés* (Aix-en-Provence : Centre d'Etudes et de Recherche en Pédagogie de l'Economie, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II).
- Villalbi, J.R.** (1997) 'The Prevention of substance abuse in schools : A process evaluation of the adoption of a standardised education module', *Promotion and Education*, 4(1), 15-17.
- Ward, J., Pearson, G.** (1997) 'Recreational drug use dealing in London', in Korf, D.J., Riper, H. (eds) *Illicit drugs in Europe* (Amsterdam : SISWO), 140-47.
- Watters, J.K.** (1988) 'A street-based outreach model of AIDS prevention for intravenous drug users : Preliminary evaluation', *Contemporary drug problems*, 14, 411-23.
- Wiebel, W.** (1988) 'Combining ethnographic and epidemiologic methods in targeted AIDS interventions : The Chicago model', in R. Battjes & R. Pickens (eds), *Needle sharing among intravenous drug abusers*, NIDA Research Monograph 80 (Rockville, MD : National Institute on Drug Abuse).
- Yates, R., Gilman, M.** (1990) *Seeing more drugusers : Outreach work and beyond* (Manchester : Lifeline).
- Young, J.** (1976) *The drugtakers : The social meaning of drug use* (Londres : Paladin).

PARTICIPANTS

Participants à la rencontre des experts sur le travail de proximité, Amsterdam 29-31 mars 1998

EXPERTS INTERNATIONAUX

Kitty Enbom

A-Clinic Foundation
Satamakatu 14
SF-20100 Turku
Tél : +358 2 210 4400
Fax : +358 2 234 2785

Prof. Dr Werner Steffan

Austrasse 72A
D-90429 Nuremberg
Tél : + 49 911 263079
Fax : + 49 911 261860

Dr Ana Rodes

Hospital Universitari
Ctra. De Canyet, 5/n
E-08916 Barcelone
Tél : +34 3 465 12 00/465 88 58
Fax : +34 3 465 85 88
e-mail : arodes@ceescat.hugtip.scs.es

EMCDDA

Margareta Nilson

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25
P- 1149-045 Lisbonne
Tel : + 351 1 811 30 00
Fax : +351 1 813 17 11
e-mail : margareta.nilson@emcdda.org

EXPERTS LOCAUX

AUTRICHE

Christine Pichlhöfer

Verein Wiener Sozialprojekte
Streetwork Wien
Schönbrunner strasse 7/b/1
A-1040 Vienne
Tel : + 43 1 58 66 209
Fax : + 43 1 58 66 209 9

ALLEMAGNE

Jürgen Klee

Krisenzentrum La Strada
Mainzer Landstrasse 93
D- 60320 Frankfurt am Main
Tel : + 49 69 23 10 20
Fax : + 49 69 23 40 04

BELGIQUE

Alexis Goosdeel

Modus Vivendi
Rue Haerne, 51
B-1040 Bruxelles
Tel : + 32 2 644 22 00
Fax : + 32 2 644 21 81

GRECE

Epaminondas Prinarakis

Kethea Headquarters
24 Soevolou str.
G- 116 36 Athènes
Tel : + 30 1 38 47 700
Fax : + 30 1 33 03 903

IRLANDE

Mary O'Neill

Eastern Health Board
Womens Health Project
Baggot Street Clinic 19
Addington Road
IE-Dublin 4
Tel : + 353 1 660 2198
Fax : + 353 1 668 0050

ITALIE

Susanna Ronconi

Gruppe Abele, Centro Studi
Via Giolitti 21
I-10123 Torino
Tel : + 39 11 814 27 11
Fax : + 39 11 839 55 77
e-mail : abele@arpmnet.it

NORVEGE

Christian Skattum

Uteseksjonen i Oslo
Boks 5934 Majorstua
N-0308 Oslo
Tel : + 47 22 46 39 10
Fax : + 47 22 69 86 30

PAYS-BAS

Irene Herzog

Mainline
Postbus 53803
NL-1040 HH Amsterdam
Tel : + 31 20 68 22 660
Fax : + 31 20 68 13 003
e-mail : info@mainline.org

PORTUGAL

Carlos Fugas

Cat Restelo
Avenida do Restelo
P-1400 Lisbonne
Tel : + 351 1 303 06 00
Fax : + 351 1 301 85 40

ROYAUME-UNI

Linda Reed

Cranstoun Project
SAFE CDA
132 Wandsworth High Street
UK- Londres SW18 4JP
Tel : + 44 181 944 1116
Fax : + 44 181 543 4348

L'ÉQUIPE DU PROJET

Dr Dirk J. Korf (responsable du projet)

University of Amsterdam
Faculty of Law
Bonger Institute of Criminology
Postbus 1030
NL-1000 BA Amsterdam
Tel : + 31 20 525 3930
Fax : + 31 20 525 3495
e-mail : korf@jur.uva.nl

Heleen Riper

University of Amsterdam
Faculty of Law
Bonger Institute of Criminology
Postbus 1030
NL-1000 BA Amsterdam
Tel : + 31 20 525 3930
Fax : + 31 20 525 3495
e-mail : ripper@jur.uva.nl

Marielle Freeman

Bureau voor Onderzoek en Statistiek
Weesperstraat 79
NL-1018 VN Amsterdam
Tel : + 31 20 527 9527
Fax : + 31 20 527 9595

Ian Grant

Senior Research Officer
Scottish Drug Misuse Information
Strategy Team
Information and Statistics Division
Trinity Park House
South Trinity Road
UK-Edinburgh EH5 3SQ
Tel : + 44 0131 551 8652
Fax : + 44 0131 551 1392
e-mail : ian.grant@isd.csa.scot.nhs.uk

Roger Lewis

EMCDDA

Nous avons eu la tristesse d'apprendre son décès, peu après la parution de ce document. Nous rendons ici hommage à son travail et à sa présence chaleureuse dans l'équipe.

Elisabeth Jacob

RESSCOM

40 rue de Malte
F-75011 Paris
Tel : + 33 1 43 55 79 48
Fax : + 33 1 43 55 79 73
e-mail : ressscom@wanadoo.fr

Chantal Mougin

CNRS – CESAMES
GDR Psychotropes, Politique, Société
136 rue de Bagnolet
F-75020 Paris
Tel : + 33 1 43 71 97 16
Fax : + 33 1 43 71 97 16
e-mail : mougin@ehess.fr